



PROGRAMME PNAP

PERSONNE NÉCESSITANT DE L'AIDE PARTICULIÈRE (évacuation) FORMULAIRE (INSCRIPTION VOLONTAIRE)

Identifiant de la personne (ayant besoin de l'aide)

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____ App. : _____
Municipalité : _____ Téléphone : _____
Résidence principale : Oui Non Si non, précisez : _____

Identification

Spécifiez s'il y a lieu

- | | | |
|--|--------------------------|-------|
| ➤ Intellectuelle | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ➤ Malentendant | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ➤ Non-voyant | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ➤ Personne handicapée | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ➤ Personne âgée ayant des problèmes de motricité | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ➤ Autre | <input type="checkbox"/> | _____ |

Emplacement de la chambre de la personne qui nécessite de l'aide particulière en cas d'évacuation :

Détails :

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|-------|
| ➤ Sous-sol | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ➤ 1 ^{er} étage | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ➤ 2 ^e étage | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ➤ 3 ^e étage | <input type="checkbox"/> | _____ |

Autorisation

J'autorise la Régie incendie Memphrémagog Est à échanger les informations contenues sur ce formulaire avec la centrale d'appel d'urgence 9-1-1 et je dégage la Régie incendie Memphrémagog Est de toute responsabilité dans le cadre de ce programme.

Signature de la personne nécessitant de
l'aide particulière ou son représentant

Date

VEUILLEZ RETOURNER CE FORMULAIRE PAR COURRIEL OU PAR LA POSTE TEL QU'INDIQUÉ CI-DESSOUS.