



Numéro de dossier : \_\_\_\_\_

Service de sécurité incendie  
et de sécurité civile

## PROGRAMME PAIR DEMANDE D'ADHÉSION

Cochez :  CAB Grand-Mère  
 CAB Trait D'Union

\*\*\* ÉCRIRE LISIBLEMENT\*\*\*

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Année / Mois / Jour Âge : \_\_\_\_\_ Sexe : F  M

Adresse : \_\_\_\_\_  
Numéro civique Rue Ville Code postal

Téléphone : \_\_\_\_\_  
Résidence Travail Cellulaire ou autre

Répondeur : Oui  Non  Heure d'appel : \_\_\_\_\_ Clé remise à la Sûreté du Québec : Oui  Non

Début du service : \_\_\_\_\_ Année / Mois / Jour D'où provient l'information : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS

Est-ce que vous demeurez seul? Oui  Non  Si non, avec qui : \_\_\_\_\_

Poids approximatif : \_\_\_\_\_ Taille approximative : \_\_\_\_\_

Problème de santé : Oui  Non  Si oui, le ou lesquels : \_\_\_\_\_

Auditif  Intellectuel  Verbal  Physique  Visuel  Moteur

Description : Décrivez brièvement ce qui pourrait être utile de connaître sur votre problème de santé et/ou incapacité lors d'une situation d'urgence (cane, appareil auditif, fauteuil roulant, etc.).

Appareillage :  
Oui  Non

Médicaments : Oui  Non  Si oui, le ou lesquels : \_\_\_\_\_

Téléphone d'urgence (1) : Indiquez les coordonnées de la personne à joindre en cas d'urgence :

Cette personne possède-t-elle une clé de votre résidence :  
Oui  Non

Nom	Prénom	Lien avec cette personne
Adresse	Ville	Code postal
Téléphone résidence	Travail	Cellulaire ou autre

Téléphone d'urgence (2) : Indiquez les coordonnées de la personne à joindre en cas d'urgence :

Cette personne possède-t-elle une clé de votre résidence :  
Oui  Non

Nom	Prénom	Lien avec cette personne
Adresse	Ville	Code postal
Téléphone résidence	Travail	Cellulaire ou autre

Inscription nécessaire au programme de Secours adaptés : Oui  Non

Note : Les renseignements contenus dans ce formulaire sont traités confidentiellement.

Signature du demandeur ou de son représentant légal

Date

Signature du représentant du CAB

Date

S.V.P. veuillez retourner ce formulaire complété à l'adresse :

Service de sécurité incendie et sécurité civile  
785, 7<sup>e</sup> Avenue  
Shawinigan (Québec) G9T 2B7  
prevention@shawinigan.ca

## **RESPONSABILITÉ DE L'USAGER**

Comme le système vise à détecter des situations problématiques, aucun des organismes ou personnes, impliqués dans le fonctionnement du programme P.A.I.R ne devra être tenu responsable de quoi que ce soit pouvant résulter du mauvais fonctionnement du système, des lignes téléphoniques ou d'une erreur des personnes impliquées.

## **CLÉ D'ACCÈS**

Par la présente, je reconnais avoir remis à la Sûreté du Québec une clé donnant accès à mon domicile.

J'autorise, par la présente, ledit service à déléguer, en cas de besoin, un de ses membres à se rendre et entrer chez moi à l'aide de cette clé pour s'enquérir de mon état de santé, et ce, lors de toute alarme générée par le système P.A.I.R, comme convenu lors de mon adhésion.

Cette clé demeure ma propriété et me sera remise à ma demande lors de ma désaffiliation.

Fait à : \_\_\_\_\_  
Ville

Le : \_\_\_\_\_  
Année/Mois /jour

Initiale du demandeur ou de son représentant légal :

Initiale du représentant du CAB :