



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 (canne, appareil auditif, fauteuil roulant, etc.).

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^e 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 :