



## PROGRAMME SECOURS ADAPTÉS

DEMANDE D'ADHÉSION

Provenance :  CAB Grand-Mère  
 CAB Trait-D'Union  
 Autre

\*\*\* 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

### 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 P.A.I.R : Oui  Non

Si oui, référer à un responsable du CAB du secteur le : \_\_\_\_\_

Date

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

Signature du demandeur ou de son représentant légal \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

### SECTION RÉSERVÉE AU SSISC

Informations saisies dans Target 911  par : \_\_\_\_\_

Signature du responsable \_\_\_\_\_

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

**UNE SITUATION  
D'URGENCE  
NÉCESSITE QUE  
VOUS SOYEZ ÉVACUÉ  
DE VOTRE DOMICILE**



**AIDEZ-NOUS À  
INTERVENIR  
EFFICACEMENT !**

## **Le programme Secours adapté, qu'est-ce que c'est ?**

Le Service de sécurité incendie et de sécurité civile de la Ville de Shawinigan offre aux personnes à mobilité réduite, la possibilité de s'inscrire à un registre informatisé permettant de fournir aux intervenants d'urgence, des informations privilégiées concernant les personnes nécessitant une attention particulière et d'intervenir efficacement en fonction de la situation.

Le programme de Secours adapté est gratuit et s'adresse principalement aux personnes handicapées et/ou à mobilité réduite qui ont besoin d'assistance pour évacuer un bâtiment et se réfugier dans une zone sécuritaire en cas d'urgence.

**Il est important de nous aviser lorsqu'il y a des changements soit, de votre état de santé, un déménagement, un changement de numéro de téléphone, un décès, etc.**

Pour s'inscrire, il suffit de compléter le formulaire prévu à cet effet et le retourner à l'adresse suivante :

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

Où trouver ce formulaire ?

- ☛ Sur le site de la Ville de Shawinigan au [www.shawinigan.ca/AU](http://www.shawinigan.ca/AU)
- ☛ À l'Hôtel de Ville :
  - 550, avenue de l'Hôtel-de-Ville
- ☛ À la caserne de pompiers, secteur Grand-Mère :
  - 785, 7<sup>e</sup> Avenue

Pour plus d'information : vous pouvez communiquer avec le Service de sécurité incendie et de sécurité civile au (819) 536-7200.