

Inscription d'une personne présentant une condition particulière

IMPORTANT

Ce formulaire doit être complété et nous être transmis au minimum une (1) fois par année et/ou à chaque changement de situation, de façon à nous assurer que les informations colligées dans notre banque de données soient toujours valides. Prendre note que l'un de nos responsables pourrait appeler l'une des personnes-contact pour un complément d'informations. En cas de décès de la personne inscrite, prière de nous en aviser à preventionincendie@blainville.ca.

A- Identification de la personne			
Nom :			Prénom :
Âge :	Sexe :	☐ M ☐ F	Date de naissance :
Adresse :			Ville :
Code postal :			Téléphone résidence :
Courriel :			Téléphone cellulaire :
Langue :	☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre :		Téléphone travail :

B- Informations importantes	
Localisation de la chambre à coucher (résidence principale) :	☐ Demi sous-sol ☐ Sous-sol ☐ 1 ^{er} étage ☐ 2 ^e étage ☐ Autre : ☐ À l'avant du bâtiment ☐ À l'arrière du bâtiment
Personne vivant seule?	☐ Oui ☐ Non
Électricité nécessaire au maintien de la vie?	☐ Oui ☐ Non

C- Type(s) de problématique(s) et niveau d'atteinte (cocher tout ce qui s'applique) :	
☐ Langage :	☐ Léger ☐ Modéré ☐ Élevé Détails : _____
☐ Ouïe :	☐ Léger ☐ Modéré ☐ Élevé Détails : _____ Aide auditive? ☐ Oui ☐ Non Si oui, emplacement : ☐ Oreille gauche ☐ Oreille droite
☐ Vue :	☐ Léger ☐ Modéré ☐ Élevé Détails : _____ Aide visuelle? ☐ Oui ☐ Non
☐ Intellect/mental :	☐ Léger ☐ Modéré ☐ Élevé Détails : _____
☐ Orientation* :	☐ Léger ☐ Modéré ☐ Élevé Détails : _____
☐ Mémoire* :	☐ Léger ☐ Modéré ☐ Élevé Détails : _____
☐ Mobilité :	☐ Léger ☐ Modéré ☐ Élevé Détails : _____ Je me déplace : ☐ Seul(e) ☐ Seul(e), mais avec difficulté ☐ Avec de l'aide uniquement
☐ Allergie(s) :	☐ Oui ☐ Non Si oui, détails : _____
☐ Diabète :	Détails : _____
☐ Cardiaque :	Détails : _____
☐ Respiratoire :	☐ Léger ☐ Modéré ☐ Élevé Détails : _____ Oxygène? ☐ Oui ☐ Non Si oui, nombre de bonbonnes : _____ Emplacement des bonbonnes (cocher tout ce qui s'applique) : ☐ Chambre principale ☐ Chambre secondaire ☐ Salon ☐ Cuisine ☐ Sous-sol ☐ Autre : _____
☐ Autre :	Détails : _____

* Pour les problématiques reliées à l'orientation ou la mémoire, SVP compléter la section D. Sinon, passer à la section E.

D- Informations supplémentaires (à compléter si la problématique Orientation et/ou Mémoire a été cochée)			
Origine ethnique :		Taille (grandeur):	
Poids :		Cheveux (couleur) :	
Yeux (couleur) :		Cheveux (détails) :	
Marque distinctive (s'il y a lieu) :			
Personne à risque de s'égarer?	☐ Oui ☐ Non		
Endroit où la personne fut retrouvée dans le passé (s'il y a lieu) :			
Adresse de la demeure précédente :			
Adresse de la demeure d'enfance :			
Adresse du dernier emploi :			
Détails sur le véhicule personnel :			
Autres informations pertinentes :			

E- 1 ^{ère} personne à contacter en cas d'urgence			
Nom :		Prénom :	
Adresse :		Ville :	
Code postal :		Téléphone résidence :	
Courriel :		Téléphone cellulaire :	
Langue :	☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre :	Téléphone travail :	
Lien avec la personne qui s'inscrit :	☐ Mère ☐ Père ☐ Enfant ☐ Conjoint(e) ☐ Autre :		

F- 2 ^e personne à contacter en cas d'urgence			
Nom :		Prénom :	
Adresse :		Ville :	
Code postal :		Téléphone résidence :	
Courriel :		Téléphone cellulaire :	
Langue :	☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre :	Téléphone travail :	
Lien avec la personne qui s'inscrit :	☐ Mère ☐ Père ☐ Enfant ☐ Conjoint(e) ☐ Autre :		

G- Personne qui a complété ce formulaire			
☐ Je suis la personne qui présente la condition particulière ☐ Je suis la 1 ^{ère} personne à contacter en cas d'urgence ☐ Je suis la 2 ^e personne à contacter en cas d'urgence ☐ Je suis une toute autre personne et mes coordonnées se trouvent ci-dessous :			
Nom :		Prénom :	
Courriel :		Téléphone résidence :	
Langue :	☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre :	Téléphone cellulaire :	
		Téléphone travail :	
Lien avec la personne qui s'inscrit :	☐ Mère ☐ Père ☐ Enfant ☐ Conjoint(e) ☐ Autre :		
Commentaires particuliers (s'il y a lieu) :			
☐ J'autorise que les informations contenues dans ce formulaire soient transmises au Centre de traitement des appels d'urgence (9-1-1). Je dégage la municipalité de toutes responsabilités dans le cadre de ce programme.			
Signature (ou SVP indiquer votre nom en lettre moulées si le formulaire a été complété sur le Web) :			

Trois (3) options s'offrent à vous pour transmettre ce formulaire dûment complété :

- **Par la poste :** Service de la sécurité incendie, 790, rue de la Mairie, Blainville (Québec) J7C 4K4
- **Par télécopieur :** (450) 434-5229
- **Par courriel :** Enregistrer le fichier et envoyer à preventionincendie@blainville.ca

SECTION RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATION

Personne vivant seule?	☐ Oui ☐ Non
Électricité nécessaire pour le maintien de la vie?	☐ Oui ☐ Non
Quel type de téléphone a-t-elle pour la ligne terrestre	☐ Bell ☐ Bell Fibe ☐ Vidéotron OU ☐ cellulaire
Informations supplémentaires :	