



SECOURS ADAPTÉS FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Pour assurer la meilleure intervention possible en cas d'urgence, la Ville de Farnham encourage les personnes demeurant à la maison et ayant des difficultés à évacuer en cas d'urgence à s'inscrire au programme de secours adaptés

Nouvelle adhésion ou mise à jour d'une adhésion

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____ Sexe : _____ Poids approximatif : _____

(Année / Mois / Jour)

Adresse : _____

(No civique, rue, appartement)

(code postal)

Téléphone : _____

(maison)

(cellulaire)

Courriel : _____

TYPE DE HANDICAP (cochez le type d'handicap et expliquez-le brièvement)

- Auditif** Description : _____
- Moteur** Description : _____
- Intellectuel** Description : _____
- Muet** Description : _____
- Visuel** Description : _____

AUTONOMIE

La personne se déplace : seule aide occasionnelle aide indispensable
 fauteuil roulant manuel fauteuil roulant électrique

APPAREILLAGE (Indiquez les moyens utilisés pour pallier le handicap. Par exemple: chien guide, canne, appareil auditif, prothèse, fauteuil roulant, etc.)

Si chien guide, indiquez son nom :



LOCALISATION (Précisez la localisation de la CHAMBRE À COUCHER de la personne nécessitant des secours adaptés)

- Rez-de-chaussée Étage # _____ Sous-sol

Face à la maison, la chambre se situe :

- à l'avant de la résidence à l'arrière de la résidence
 à gauche de la résidence à droite de la résidence

TÉLÉPHONE D'URGENCE (1) (Indiquez les coordonnées de la première personne à rejoindre en cas d'urgence)

Nom :

Prénom :

Adresse :

(No civique, rue, appartement)

(code postal)

Téléphone :

(maison)

(cellulaire)

TÉLÉPHONE D'URGENCE (2) (Indiquez les coordonnées de la deuxième personne à rejoindre en cas d'urgence)

Nom :

Prénom :

Adresse :

(No civique, rue, appartement)

(code postal)

Téléphone :

(maison)

(cellulaire)

AUTRES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS :

Les renseignements contenus dans ce formulaire seront traités confidentiellement conformément aux dispositions de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., c. A-2.1). Vos coordonnées pourront être utilisées en cas de mesure d'urgence afin de vous communiquer de l'information nécessaire à votre sécurité.

Signature du requérant ou de son représentant légal

Date

Retournez le formulaire par courriel à l'adresse courriel : administration@ville.farnham.qc.ca

ou

Par la poste à Service Sécurité Incendie, 875 rue principale Ouest, Farnham, J2N 2X9