

**PROGRAMME D’INSCRITPION**

**PERSONNES À MOBILITÉ RÉDUITE**

**OU AYANT DES LIMITATIONS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom** |  |
| **Prénom** |  |
| **Adresse** | Numéro civique : Appartement : Rue : Ville : Code Postal :  |
| **Téléphone** | Maison : Cellulaire : |
| **Courriel** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sexe :** | **F** | **M** | **Age:** |  |
| **Personne vivant seule :** | **Oui** | **Non** |  |  |

|  |
| --- |
| **Quelle est votre situation?** |
| Personne sourde oumalentendante | Personne aveugle ouamblyope |
| Mobilité réduite |
| Déficience intellectuelle ou trouble envahissant de développement |
| Oxygéno-dépendant |
| Personne présentant des troubles cognitifs (ex. Alzheimer) |
| Autres (ex : maladies dégénératives) Précisez : |

**Autres détails pertinents :**

|  |
| --- |
|  |
|  |
| **Personne à contacter en cas d’urgence :** |
| **Nom :** |
| **Lien :** |
| **Téléphone : Cellulaire :** |
| **Comment souhaitez-vous qu’on communique avec vous pour la mise à jour annuelle de vos** |

**informations personnelles ?**

Je consens à m’inscrire au programme d’aide à l’évacuation d’urgence du Service de la sécurité incendie de la MRC de Papineau.

Signature de l’adhérant ou du tuteur légal :

Si vous inscrivez une personne au programme à titre de tuteur légal, assurez-vous que l’inscrit est informé de la démarche.