**FORMULAIRE D’INSCRIPTION**

**Service de la sécurité incendie**

Ville de Saint-Eustache

315, rue du Parc

Saint-Eustache (Québec) J7R 0A3

Téléphone : 450 974-5001, poste 5177

Télécopieur : 450 974-5186

prevention@saint-eustache.ca

**P**ersonne **V**ulnérable en **C**as de **S**inistre (P.V.C.S.)

et/ou

**P**ersonne **V**ulnérable en **C**as de **C**haleur **A**ccablante (P.V.C.C.A.)

**Vous pouvez remplir ce formulaire à l’ordinateur avant de l’imprimer.**

|  |
| --- |
| **L’inscription des P.V.C.S. – P.V.C.C.A. est sur une base volontaire et peut être annulée en tout temps.****P.V.C.S.** Le but de ce fichier est de permettre, lors de sinistre dans un bâtiment ou à proximité de celui-ci, de prendre des mesures adaptées à l’évacuation des **personnes vulnérables en cas de sinistre**.**P.V.C.C.A.** Le but de ce fichier est de nous permettre de contacter les **personnes vulnérables en cas de chaleur accablante** afin de nous assurer de leur bien-être. Selon les réponses données, nous assignons une priorité à leur situation.Le Service de la sécurité incendie vous contactera de façon périodique afin de maintenir les dossiers à jour. |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DE LA PERSONNE VULNÉRABLE ET DU LIEU (un formulaire par personne)** |
| Nom de famille | Prénom | Date de naissance (ANNÉE/MM/JJ) **/     /** |
| Adresse complète (**numéro civique, rue, appartement**) |
| Ville **Saint-Eustache** | Code postal | (Ind. rég.) **Téléphone**() **-** | (Ind. rég.) **Cellulaire**() **-** |

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS CONCERNANT LA PERSONNE VULNÉRABLE (cochez la ou les cases qui s’appliquent)** |
| [ ]  Personne vivant seule | [ ]  Personne vulnérable en cas de chaleur accablante |
| [ ]  A une incapacité liée à la mobilité | [ ]  Personne munie d’un générateur d’oxygène |
| [ ]  A une incapacité liée à l’audition | [ ]  Personne atteinte d’Alzheimer |
| [ ]  A une incapacité liée à la vision | [ ]  Autre, précisez : |  |
| [ ]  A un trouble de santé mentale (autisme, déficience intellectuelle, etc.), précisez : |  |
| [ ]  Possède un ventilateur sur pied | [ ]  A au moins une pièce munie d’un climatiseur |

|  |
| --- |
| **BESOINS PARTICULIERS** |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DU RÉPONDANT / DEMANDEUR** |
| Nom de famille | Prénom | Lien avec la personne vulnérable |
| Adresse **courriel** | (Ind. rég.) **Téléphone**() **-** | (Ind. rég.) **Cellulaire**() **-** |
| Pour les mises à jour à venir, je préfère qu’on me contacte : | [ ]  Par téléphone | [ ]  Par courriel |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SIGNATURE :** |  | **DATE :** |  **/     /** |
|  |  |  |  (ANNÉE/MM/JJ) |

**VEUILLEZ NOTER QUE CES INFORMATIONS RESTERONT CONFIDENTIELLES**

**ET QUE L’USAGE EN EST STRICTEMENT RÉSERVÉ AUX MESURES D’URGENCE DE LA VILLE.**

|  |
| --- |
| **RETOUR DU FORMULAIRE** |
| **PAR LA POSTE OU EN PERSONNE** :Service de la sécurité incendieVille de Saint-Eustache315, rue du ParcSaint-Eustache (Québec) J7R 0A3 | **PAR TÉLÉCOPIEUR** : 450 974-5186**PAR COURRIEL**, UNE FOIS REMPLI :prevention@saint-eustache.ca |

**Pour toute question, n’hésitez pas à communiquer avec nous au 450 974-5001, poste 5177.**