

## Un geste simple et vital

Selon le rapport d'activité sur les incendies déclarés en 2012 produit par le ministère de la Sécurité publique, les personnes présentant une condition particulière permanente ou temporaire (ex : déficience motrice, visuelle, intellectuelle, auditive) représentent 15% de la population mais 39% des victimes d'incendie (décès).

Un nouveau service est donc proposé afin d'aider les services d'urgence dans leurs interventions. Les citoyens ont maintenant la possibilité de recenser toute personne atteinte d'un handicap.

Lors d'une intervention d'urgence, cette information permettra au centre 911 d'aviser les services spécialisés (ambulanciers, policiers et pompiers) de la présence d'une personne avec une condition particulière.

Ils pourront ainsi offrir un soutien mieux adapté aux conditions de l'occupant et seront en mesure d'intervenir plus efficacement.

## Inscrivez-vous aujourd'hui !

**À noter que les informations recueillies demeureront confidentielles.**

Nous vous invitons à remplir le formulaire au verso.

Cette initiative s'inscrit dans le cadre des politiques municipales et représente un pas de plus vers la sécurité et la protection des citoyens.

*Pour tout renseignement additionnel et pour recevoir votre autocollant à apposer de façon volontaire sur votre porte, nous vous invitons à communiquer avec votre municipalité.*

NOTRE TERRITOIRE  
NOTRE AVENIR  
**MRC DES  
LAURENTIDES**

AMHERST | ARUNDEL | BARKMERE | BRÉBEUF | HUBERDEAU | IVRY-SUR-LE-LAC | LABELLE  
LA CONCEPTION | LAC-SUPÉRIEUR | LAC-TREMBLANT-NORD | LA MINERVE | LANTIER | MONTCALM  
MONT-TREMBLANT | SAINTE-AGATHE-DES-MONTS | SAINTE-LUCIE-DES-LAURENTIDES  
SAINT-FAUSTIN-LAC-CARRÉ | VAL-DAVID | VAL-DES-LACS | VAL-MORIN



# PROGRAMME

# SECOURS ADAPTÉS

## Un registre pour sauver des vies





## Formulaire d'inscription volontaire pour une personne nécessitant une aide particulière

### IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Appartement : \_\_\_\_\_

Municipalité : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_

Résidence principale ?  Oui  Non

Si non, précisez : \_\_\_\_\_

### IDENTIFICATION DE LA DÉFICIENCE

Intellectuelle  Physique  Non-voyant

Malentendant  Problèmes de motricité

### EMPLACEMENT DE LA CHAMBRE EN CAS D'ÉVACUATION

Sous-sol  1<sup>er</sup> étage  2<sup>e</sup> étage  3<sup>e</sup> étage

N. B. Les renseignements sont strictement **confidentiels**.

### AUTORISATION

J'autorise la municipalité de \_\_\_\_\_  
à transmettre les informations contenues sur ce formulaire à la centrale  
d'appels d'urgence 911 et je dégage la municipalité de toute responsabilité  
dans le cadre de ce programme.

En cas d'hospitalisation à long terme, de déménagement ou de décès,  
je dois avertir la municipalité immédiatement qui fera les démarches  
nécessaires auprès de la centrale 911.

### SIGNATURE

\_\_\_\_\_  
*Signature de la personne handicapée ou de son représentant légal*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
Veuillez retourner ce formulaire par courrier, télécopie ou courriel  
aux coordonnées ci-contre :