



PROGRAMME SECOURS ADAPTÉ

Le « **PROGRAMME SECOURS ADAPTÉ** » est un système de gestion informatisé des appels, ce qui permet au répartiteur du centre d'appels 911, d'avoir accès à tout renseignement pertinent lors d'un appel d'urgence provenant des citoyens inscrits au fichier. Grâce à ce système, les divers intervenants (pompiers, policiers, ambulanciers, etc.) sont immédiatement informés de la localisation précise de la personne nécessitant une assistance particulière ainsi que des mesures spéciales à prendre selon les informations enregistrées au dossier.

Toutes les personnes éprouvant des limites dans leur mobilité – Toutes personnes âgées ou handicapées peuvent adhérer gratuitement à ce programme. Les données recueillies seront informatisées et traitées confidentiellement conformément aux dispositions de la Loi d'accès à l'information.

MODALITÉS D'INSCRIPTION

Tout citoyen désirant profiter de ce programme doit compléter le présent formulaire « Demande d'adhésion » qui se trouve au recto et le faire parvenir au Service d'incendie dont l'adresse apparaît au bas de cette page. Puis nous procéderons à l'étude du dossier et nous vous confirmerons la date d'adhésion au programme.

Dès lors, les personnes inscrites au fichier seront priées de nous informer de tout changement d'adresse ou de l'évolution de l'état de santé afin que les modifications nécessaires soient apportées au dossier.

Si des renseignements supplémentaires vous semblent nécessaires, n'hésitez pas à communiquer avec moi.

Gilles Laliberté, chef de division

Prévention et lutte contre les incendies
270 rue Valmont
Repentigny (Québec) J5Y 4G5

Tél : 450 470-3620 poste 3638



Prévention et lutte contre les incendies

Sécurité publique

DEMANDE D'ADHÉSION PROGRAMME SECOURS ADAPTÉ

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ Âge _____ Sexe _____

Adresse _____
no civique rue app. ville code postal

Téléphone résidence _____ Téléphone bureau _____

DÉTAILS ADDITIONNELS

HANDICAP : Auditif Moteur Intellectuel Visuel Psychique

DESCRIPTION : Décrivez brièvement ce qui peut être utile de connaître sur votre incapacité lors d'une situation d'urgence.

APPAREILLAGE : Indiquez les moyens utilisés pour pallier votre handicap. (ex: chien, canne, fauteuil roulant, etc.)

Indiquez les coordonnées de la personne à joindre en cas d'urgence.

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____
no civique rue app. ville code postal

Téléphone résidence _____ Téléphone bureau _____

NOTE : Les renseignements contenus sur ce formulaire seront traités confidentiellement conformément aux dispositions de la Loi d'accès à l'information.

Signature _____ Date _____

Requérant ou de son représentant légal

Réservé à l'administration

Informatisé le _____ par _____

Confirmé le _____ par _____