



# PROGRAMME SECOURS ADAPTÉ

## VOS COORDONNÉES

Prénom :	Nom :	Téléphone principal :
Adresse :	# app :	Téléphone (autre) :
Ville (code postal) :	Adresse courriel :	
Date de naissance :	Personne vivant seule :	Oui Non

### 1) Votre situation

Quelle est votre situation :

- Personne sourde ou malentendante ;
- Personne muette ou trouble de la parole ;
- Personne aveugle ou malvoyante ;
- Personne à mobilité réduite ;
- Personne en situation d'obésité ou de surpoids (plus de 250 livres) ;
- Personne ayant une déficience intellectuelle ou trouble en-vahissant de développement ;
- Personne présentant des troubles cognitifs (ex. alzheimer) ;
- Oxygéno-dépendant ;
- Autres (ex. : maladies dégénératives) préciser :

### 2) Personne à contacter en cas d'urgence

Prénom :	Nom :	Téléphone principal :
Lien de parenté :	Téléphone (autre) :	
Adresse courriel :		
Si vous inscrivez une personne au programme à titre de tuteur légal, assurez-vous que l'inscrit est informé de la démarche. Nom / Prénom du tuteur légal (s'il y a lieu) :		

### 3) Commentaires

Comment souhaitez-vous qu'on communique avec vous pour la mise à jour annuelle de vos informations personnelles ?

- Adresse courriel
- Téléphone


Je consens à m'inscrire au programme secours adapté du service incendie.

Signature \_\_\_\_\_

