**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](mailto: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 incendie  Ville de Saint-Eustache  315, rue du Parc  Saint-Eustache (Québec) J7R 0A3 | **PAR TÉLÉCOPIEUR** : 450 974-5186  **PAR COURRIEL**, UNE FOIS REMPLI :  [prevention@saint-eustache.ca](mailto:prevention@saint-eustache.ca) |

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