

**PROGRAMME PNAP**

**PERSONNE NÉCESSITANT DE L’AIDE PARTICULIÈRE (évacuation)**

**FORMULAIRE (INSCRIPTION VOLONTAIRE)**

|  |
| --- |
| Identifiant de la personne (**ayant besoin de l’aide**) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom : |  | Prénom :  |  |
| Adresse : |  | App. : |  |
| Municipalité : |  | Téléphone : |  |
| Résidence principale : | Oui  | 🞎 | Non | 🞎 | Si non, précisez : |  |

|  |
| --- |
| Identification |
|  |  | Spécifiez s’il y lieu |
| ⮚ Intellectuelle | 🞎 |  |
| ⮚ Malentendant | 🞎 |  |
| ⮚ Non-voyant | 🞎 |  |
| ⮚ Personne handicapée | 🞎 |  |
| ⮚ Personne âgée ayant des problèmes de motricité | 🞎 |  |
| ⮚ Autre | 🞎 |  |

Emplacement de la chambre de la personne qui nécessite de l’aide particulière en cas d’évacuation :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Détails :  |
| ⮚ Sous-sol | 🞎 |  |
| ⮚ 1er étage | 🞎 |  |
| ⮚ 2e étage | 🞎 |  |
| ⮚ 3e étage | 🞎 |  |

|  |
| --- |
| Autorisation |

J’autorise la Régie incendie Memphrémagog Est à échanger les informations contenues sur ce formulaire avec la centrale d’appel d’urgence 9-1-1 et je dégage la Régie incendie Memphrémagog Est de toute responsabilité dans le cadre de ce programme.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Signature de la personne nécessitant de l’aide particulière ou son représentant |  | Date |

VEUILLEZ RETOURNER CE FORMULAIRE PAR COURRIEL OU PAR LA POSTE TEL QU’INDIQUÉ CI-DESSOUS.