

**Formulaire de registre  
pour personnes vulnérables en cas de sinistre  
pour la MRC de Joliette**

**CONFIDENTIEL**

**Identification de la personne :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Nom de la résidence ou de l'institution, s'il y a lieu : \_\_\_\_\_

Téléphone : rés. : \_\_\_\_\_ trav. : \_\_\_\_\_

cell. : \_\_\_\_\_

Habitez-vous seul(e) : Oui

Non  Précisez avec qui : \_\_\_\_\_

(Père, mère, conjoint(e), frère, sœur, etc.)

**Identification de la personne ressource :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : rés. : \_\_\_\_\_ trav. : \_\_\_\_\_

cell. : \_\_\_\_\_

**Lien avec la personne pour qui est faite cette demande :**

Père/mère  curateur(trice)  conjoint(e)  tuteur(trice) autre : \_\_\_\_\_

**Identification de la déficience (motrice, intellectuelle, visuelle, auditive, psychique...)**

**Nommez la (les) déficience(s) (si vous la (les) connaissez) :**

auditive

cognitif

intellectuelle

motrice

organique

parole et du langage

santé mentale

visuelle

autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**Possédez-vous une bombonne oxygène à la maison?**  oui  non

Afin de se conformer à la loi d'accès à l'information, il va de soi que la décision de remplir ce formulaire et de s'inscrire sur la liste doit être prise de façon tout à fait volontaire par la personne concernée ou, le cas échéant, par son répondant.

J'autorise l'Association des personnes handicapées et sensorielles secteur Joliette à communiquer aux services des incendies les informations contenues dans ce formulaire d'inscription, dans le but de constituer un registre de personnes nécessitant des mesures d'aide particulières en situation d'urgence. Cette autorisation pourra être révoquée en tout temps par le signataire.

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne ou de son représentant (e )

\_\_\_\_\_  
Date

**Réservé au comité admissibilité**

Validation des informations :	Oui	<input type="checkbox"/>
	Non	<input type="checkbox"/>
Informations transmises :	Oui	<input type="checkbox"/>
	Non	<input type="checkbox"/>

**Pour toutes questions, veuillez vous adresser à l'Association.**

**Prière de renvoyer le plus tôt possible à :**

**Association des personnes handicapées  
physiques et sensorielles secteur Joliette**  
200, de Salaberry (local 134)  
Joliette (Québec) J6E 4G1

Tél. : (450) 759-3322  
Sans : frais : 1 888 756-3322  
Fax. : (450) 759-8749  
Courriel : info@aphpssj.com