



SERVICE D'INCENDIE VILLE DE CHAMBLY
 1303, boulevard Fréchette, Chambly (Québec) J3L 2Y9
 Adresse courriel: incendies@ville.chambly.qc.ca
 Téléphone: 450 658-0662 Télécopieur: 450 658-7976

OPÉRATION SECOURS ADAPTÉS

ADRESSE										
No civique		rue				No suite		Ville		
Raison sociale						code postal		Résidence principale		
										<input type="checkbox"/>
PERSONNE										
Nom					Prénom					
Sexe : F		M		Poids kg		lbs		Taille cm		Date naissance
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		_____ <input type="checkbox"/>		_____ <input type="checkbox"/>		_____ <input type="checkbox"/>		
Handicap			Léger			Moyen		Lourd		Description
Auditif			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Intellectuel ou cognitif			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Moteur			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Visuel			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Maladie pulmonaire chronique			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Santé mentale			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Allergie			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Médication particulière			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Autre (Spécifiez)			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Informations complémentaires					Données de contact (résidence principale)					
					Moyen		Descriptions		Données	
Localisation de la chambre (sous-sol, étage, autre) en considérant que nous sommes face à l'entrée principale										
PERSONNE CONTACT										
Nom, Prénom:					Rés. <input type="checkbox"/> Bur. <input type="checkbox"/> Cell. <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>					
Adresse:					Numéro :					
Ville:					Numéro :					
Commentaire:					Lien :					
Nom, Prénom :					Rés. <input type="checkbox"/> Bur. <input type="checkbox"/> Cell. <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>					
Adresse :					Numéro :					
Ville:					Numéro :					
Commentaire :					Lien :					
Nom, Prénom:					Rés. <input type="checkbox"/> Bur. <input type="checkbox"/> Cell. <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>					
Adresse :					Numéro :					
Ville :					Numéro :					
Commentaire :					Lien :					
<p>J'autorise le CLSC, la MRC et le Service d'incendie de mon territoire à s'échanger les informations contenues sur ce formulaire. Je dégage le Service de sécurité incendie, le Centre d'appel d'urgence 911 de toute responsabilité dans le cadre de ce programme.</p>										
Signature de la personne inscrite ou du représentant légal								Date		