



**Demande d'adhésion au Registre des personnes vulnérables en cas de sinistre**  
**CONFIDENTIEL**

Service de sécurité incendie  
1199, rue de l'Escale  
Val-d'Or (Québec) J9P 4G7  
Tél. : 819 825-7201



**IDENTIFICATION DE LA PERSONNE VULNÉRABLE**

Nom :	Prénom :
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de Naissance :

**ADRESSE / COORDONNÉES**

N° :	Rue :	App. :
Ville : Val-d'Or	Province : Québec	Code Postal :
N° Téléphone :	N° Cellulaire :	
Courriel :		
Conditions de logement : <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Avec conjoint <input type="checkbox"/> Avec famille		

**IDENTIFICATION DES LIMITATIONS**

TYPE DE LIMITATION	Spécifiez :
<input type="checkbox"/> Mobilité Réduite/Trouble de motricité	
<input type="checkbox"/> Mal entendant/Surdité	
<input type="checkbox"/> Trouble de vision/Non-voyant	
<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	
<input type="checkbox"/> Trouble cognitif (Alzheimer ou autre)	
<input type="checkbox"/> Personne âgée	
<input type="checkbox"/> Autre handicap	

**AIDE TECHNIQUE OU AUTRE MOYEN POUR VOUS PERMETTRE D'ACCOMPLIR DES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES**

<input type="checkbox"/> Béquilles	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel	<input type="checkbox"/> Oxygène/concentrateur	<input type="checkbox"/> Prothèse/Orthèse
<input type="checkbox"/> Canne	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant motorisé	<input type="checkbox"/> Chien guide	<input type="checkbox"/> Médication
<input type="checkbox"/> Marchette	<input type="checkbox"/> Déambulateur	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	

**COORDONNÉES DES PERSONNES À JOINDRE EN CAS DE SINISTRE**

1	Nom :	Prénom :	Lien avec la personne vulnérable :
	N° Téléphone :	N° Cellulaire :	
2	Nom :	Prénom :	Lien avec la personne vulnérable :
	N° Téléphone :	N° Cellulaire :	

## DÉSIGNATION D'UN(E) REPRÉSENTANT(E) DE LA PERSONNE INSCRITE

*J'autorise la personne ci-après nommée à communiquer à la Ville de Val-d'Or les informations contenues dans ce formulaire d'inscription, dans le but de constituer une liste de personnes vulnérables nécessitant des mesures d'aide particulières en situation de mesures d'urgence. Cette autorisation pourra être révoquée en tout temps par le signataire.*

Personne représentante qui remplit le formulaire :

Conjoint     Parent     Tuteur     Représentant légal

Professionnel de la santé Titre :

# de pratique :

Nom :

Prénom :

## DÉCLARATION DU REPRÉSENTANT DE LA PERSONNE VULNÉRABLE

*Par la présente, je déclare détenir l'autorité nécessaire à l'inscription de la personne vulnérable précédemment identifiée au Registre des personnes vulnérables en cas de sinistre, le tout en vertu des pouvoirs qui me sont consenties par les lois et règlements en vigueur au Québec, par procuration ou par jugement du Tribunal.*

## AUTORISATION D'ACCÈS ET DE PARTAGE D'INFORMATIONS

*En ma qualité de personne vulnérable ou de représentant légal, je reconnais que la présente inscription au Registre des personnes vulnérables en cas de sinistre est faite de manière volontaire, sur consentement libre et éclairé.*

*Également, je consens à ce que :*

- 1) Les informations recueillies aux présentes soient transmises à divers services publics, notamment au Centre de santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue et à la Sûreté du Québec, dans le cas où un plan d'urgence serait déclenché sur le territoire de la Ville de Val-d'Or, et ce dans le but d'aider lesdits services publics mobilisés à me porter assistance en cas de nécessité;*
- 2) Le Centre de santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue communique au Service de sécurité incendie de la Ville de Val-d'Or, les informations contenues dans ce formulaire d'inscription, dans le but de constituer un registre de personnes nécessitant des mesures d'aide particulière en situation d'urgence. Cette autorisation pourra être révoquée en tout temps par le signataire.*

## DÉGAGEMENT DE RESPONSABILITÉ

*En ma qualité de personne vulnérable ou de représentant légal tel que décrit précédemment, je dégage la Ville de Val-d'Or de toute responsabilité advenant qu'elle soit dans l'impossibilité de me rejoindre ou de rejoindre les parents ou amis identifiés précédemment, aux coordonnées indiquées. Je renonce également à tout droit ou action de réclamation contre la Ville de Val-d'Or, ses employés, ses préposés ou tout autre service d'urgence pour des dommages que je pourrais subir en application des présentes.*

Si un changement concernant vos renseignements personnels survient, vous devez le signaler afin que les informations de votre dossier soient mises à jour.

Signature de la personne vulnérable  
ou de son/sa représentant(e) :

Date :

Compléter le formulaire d'inscription et acheminez-le par courriel au [pompiers@ville.valdor.qc.ca](mailto:pompiers@ville.valdor.qc.ca) ou en personne à la caserne au 1199, rue de l'Escale à Val-d'Or