



DEMANDE D'ADHÉSION REGISTRE DES PERSONNES VULNÉRABLES EN CAS DE MESURES D'URGENCE

- Nouvelle inscription
 Modification

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE VULNÉRABLE

Prénom : _____ Sexe : F M
Nom : _____ Date de naissance : _____
Adresse : _____ Tél. : _____
Ville : Tring-Jonction Cell. : _____
Province : Québec Courriel : _____
Code postal : G0N 1X0

Conditions de logement : Autonome Avec conjoint(e) Avec la famille

En établissement. Si oui, précisez : _____

Avez-vous au moins une pièce munie d'air climatisé? Oui Non

Avez-vous un ventilateur sur pied? Oui Non

HÉBERGEMENT TEMPORAIRE

Lors d'un sinistre, si la situation nécessite un transfert temporaire vers une autre habitation, disposeriez-vous d'un endroit adéquat pour vous héberger? Non Si oui, précisez : _____

ADMISSIBILITÉ

<input type="checkbox"/> Personne âgée de 75 ans et plus et vivant seule ET/OU					
Limitations↓	Degré→	Léger	Moyen	Lourd	Spécifiez
<input type="checkbox"/> Mobilité		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Auditive		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Visuelle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Physique		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Trouble de santé mentale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Alzheimer ou démence		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Autisme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Autre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

Béquille Fauteuil roulant manuel Appareil respiratoire Prothèse/Orthèse
 Canne Fauteuil roulant motorisé Chien guide Médication : Oui Non
 Déambulateur Marchette Autres (précisez) : _____

COORDONNÉES DES PERSONNES À JOINDRE EN CAS DE SINISTRE

1. Prénom : _____ Tél. : _____
Nom : _____ Cell. : _____
Lien avec la personne vulnérable : _____ Courriel : _____
2. Prénom : _____ Tél. : _____
Nom : _____ Cell. : _____
Lien avec la personne vulnérable : _____ Courriel : _____

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

J'autorise la personne ci-après nommée à communiquer à la Municipalité de Tring-Jonction 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 qui fait cette demande : Personne vulnérable Conjoint(e) Parent Tuteur Représentant légal

Nom : _____ Prénom : _____

AUTORISATION D'ACCÈS ET DE PARTAGE D'INFORMATIONS

J'atteste avoir pris connaissance, en qualité de personne vulnérable, de parent, de tuteur ou autre représentant légal, et consent aux éléments suivants :

- L'inscription au registre nominatif n'est soumise à aucune obligation de ma part ni de mon entourage;
- Les informations recueillies pourraient être transmises au Service de sécurité dans le cas où un plan d'alerte et d'urgence serait déclenché sur le territoire de la Municipalité;
- Ces renseignements ont pour seule vocation d'aider les services publics mobilisés à me porter assistance en cas de nécessité;
- Je renonce à tout droit ou action de réclamation contre la Municipalité de Tring-Jonction, ses employés, ses préposés ou tout autre service d'intervention d'urgence pour des dommages que je pourrais subir, découlant de la présente autorisation.

J'autorise la Municipalité de Tring-Jonction à transmettre l'information à :

- CISSS-CA;
- Service de police;
- Régie intermunicipale du service de sécurité incendie des municipalités de Tring-Jonction, Saint-Frédéric, Saint-Jules et St-Séverin.

Signature de la personne inscrite ou de son représentant : _____

Date : _____

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

La Municipalité se dégage de toute responsabilité si elle est dans l'impossibilité de vous rejoindre ou de rejoindre vos personnes contact aux coordonnées indiquées.

Faites parvenir ce formulaire dûment rempli et signé à :

Municipalité de Tring-Jonction
 247, rue Notre-Dame
 Tring-Jonction (Québec) G0N 1X0
 ou
 par courriel à l'adresse : info@tringjonction.qc.ca

AVIS DE CONFIDENTIALITÉ

Les renseignements contenus dans ce formulaire seront traités confidentiellement conformément aux dispositions de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., c. A-2.1).

SECTION RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATION

Date de réception du formulaire : _____

Date d'envoi de la lettre de confirmation : _____

Mise à jour : _____
