



Service des incendies  
Municipalité de  
Saint-Proper

## PROGRAMME PNAP

Personne nécessitant de l'aide particulière (évacuation)

## FORMULAIRE (INSCRIPTION VOLONTAIRE)

### COORDONÉES DE LA PERSONNE AYANT BESOIN D'ASSISTANCE

Prénom: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_

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

Résidence principale : Oui  Non  Si non, précisez: \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone ou de cellulaire de la  
personne ayant besoin d'assistance: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Genre: Masculin  Féminin   
JJ MM AAAA

Personne à contacter en cas d'urgence: \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICATION DE LA DÉFICIENCE

Spécifiez s'il y a lieu

Déficiência intellectuelle  \_\_\_\_\_  
Malentendant  \_\_\_\_\_  
Non-voyant  \_\_\_\_\_  
Personne handicapée  \_\_\_\_\_  
Personne âgée ayant un problème 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 le Service des incendies de la Municipalité de Saint-Proper à échanger les informations contenues sur ce formulaire avec la centrale d'appel d'urgence 9-1-1 et je dégage le Service des incendies de la municipalité de toute responsabilité dans le cadre de ce programme.

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne nécessitant de  
l'aide particulière ou de son représentant

\_\_\_\_\_  
Date

Veuillez retourner ce formulaire par courriel ou par la poste tel qu'indiqué ci-dessous:

**MUNICIPALITÉ DE SAINT-PROSPER**  
2025, 29e Rue  
Saint-Proper (Québec) G0M 1Y0  
Courriel : incendie@saint-proper.com

**Pour toute information, n'hésitez pas à  
communiquer avec le Service des incendies au  
418 594-8135 poste 250**