



BEACONSFIELD

**DEMANDE D'ADHÉSION AU
LISTE DES PERSONNES EN SITUATION DE
VULNÉRABILITÉ**

Ville de Beaconsfield
303 boul. Beaconsfield, Beaconsfield
514 428-4400 beaconsfield.ca

Nouvelle Inscription Renouvellement Modification Annulation **IDENTIFICATION DE LA PERSONNE VULNÉRABLE**

Nom :		Prénom :	
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Date de naissance :		Courriel :
N° Téléphone :		N° Cell :	
N° :	Rue :	Ville : Beaconsfield	Code Postal :
Conditions de logement : Autonome <input type="checkbox"/> Avec conjoint <input type="checkbox"/> Avec la famille <input type="checkbox"/> En établissement <input type="checkbox"/> si oui, précisez :			
Avez-vous au moins une pièce munie d'air climatisé: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Avez-vous un ventilateur sur pied? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Nombre et type d'animaux domestiques (si applicable) :**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 Oui Si oui, précisez :

IDENTIFICATION DES LIMITATIONS

Limitations↓	Degré →	Léger	Moyen	Lourd	Spécifiez :
Mobilité		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Auditive		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Visuelle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Physique		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trouble de santé mentale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alzheimer ou démence		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intellectuelle i.e. autisme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

<input type="checkbox"/> Béquille	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel	<input type="checkbox"/> Appareil respiratoire	<input type="checkbox"/> Prothèse/orthèse
<input type="checkbox"/> Canne	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant motorisé	<input type="checkbox"/> Chien guide	Médication : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Déambulateur	<input type="checkbox"/> Marchette	<input type="checkbox"/> Autres (précisez) :	

COORDONNÉES DES PERSONNES À JOINDRE EN CAS DE SINISTRE

1	Nom :	Prénom :	Lien avec la personne vulnérable :
	N° Tél :	N° Cell :	
2	Nom :	Prénom :	Lien avec la personne vulnérable :
	N° Tél :	N° Cell :	

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

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

J'autorise la personne ci-après nommée à communiquer à la Ville de Beaconsfield 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.

La personne qui fait cette demande : Personne vulnérable Conjoint 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 consens 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 Ville ;
- 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 Ville de Beaconsfield, 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 Ville de Beaconsfield à transmettre l'information à :

CIUSS **Service d'incendie de Montréal (SIM)** **Service de police**

Signature de la personne inscrite ou de son représentant _____ signature _____ Date : _____

ÊTES-VOUS ABONNÉ À : L'infolettre Beaconsfield? Oui Non CodeRed? Oui Non

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

Faites parvenir cette fiche dûment remplie et signée à :

Ville de Beaconsfield - Bibliothèque
Registre personnes vulnérables
303 boul. Beaconsfield
Beaconsfield (Québec) H9W 4A7

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).

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Formulaire reçu par :	Lettre de confirmation envoyée par :
Intervenant :	Date de mise à jour :