



## Régie intermunicipale de protection contre l'incendie de Roxton Falls

189, rue Notre-Dame  
Roxton Falls (Québec) J0H 1E0  
Administration Tél. : (450) 548-5790  
Courriel : [accueil@roxtonfalls.ca](mailto:accueil@roxtonfalls.ca)

# Besoin d'assistance pour une sortie d'urgence en cas de sinistre

Si vous avez une mobilité réduite en raison de votre âge ou d'une déficience motrice, visuelle, auditive ou si vous avez une déficience intellectuelle, l'évacuation d'urgence de votre domicile en cas de sinistre peut être problématique.



En remplissant cette fiche d'inscription, vous serez enregistrés au programme informatisé du Service des incendies de Roxton Falls.



Les renseignements inscrits demeurent confidentiels. Veuillez remplir toutes les cases de ce formulaire. Il s'agit d'un service d'aide gratuit.

L'objectif de ce dénombrement est de permettre aux pompiers d'être avisés de la présence d'une personne à mobilité réduite en cas d'urgence ou de sinistre. Muni de cette précieuse information, les services d'urgence seront en mesure d'intervenir plus efficacement et plus rapidement pour sauver des vies.



Notez que vous devez avvertir le Service des incendies de Roxton Falls de toute modification de votre statut, de votre condition physique ou de votre changement d'adresse afin de maintenir à jour la banque de données.



**VOTRE SÉCURITÉ EST NOTRE PRIORITÉ! ♥**

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION



Nom :

Adresse:

Numéro de téléphone :

Cellulaire :

Âge (jj-mm-aaaa):

Mobilité réduite :  Oui  Non

Déficience :  Motrice  visuelle  auditive  Autre, précisez :

Détail de la problématique :

TYPE DE RÉSIDENCE :  Unifamiliale  Logements multiples, no app : \_\_\_\_\_

Résidence personnes âgées

Résidence privée ou immeuble à logements

Nombre d'étages : \_\_\_\_\_

Nombre d'étages : \_\_\_\_\_

Autre, spécifiez : \_\_\_\_\_

LOCALISATION DE LA CHAMBRE :  Sous-sol  1<sup>er</sup> étage  Chambre en avant du bâtiment  
 2<sup>e</sup> étage  3<sup>e</sup> étage  Chambre en arrière du bâtiment

Indiquez l'emplacement de votre chambre par rapport à la rue

B	C
A	D

-----Rue Façade-----

Notes particulières : (Risque d'AVC, Aphasique, etc)

Nom d'une personne ressource :

Cellulaire :

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Remplissez ce formulaire et le transmettre par courriel à : [accueil@roxtonfalls.ca](mailto:accueil@roxtonfalls.ca)

Ou le poster : Régie intermunicipale de protection incendie de Roxton Falls

26, rue du Marché, Roxton Falls, Québec J0H 1E0

