

# Formulaire web

## Mesures de sécurité supplémentaires pour les personnes à mobilité réduite dans votre établissement

Afin que le Service de sécurité incendie de Saint-Lazare puisse prévoir des mesures d'urgence appropriées pour les personnes à mobilité réduite séjournant dans vos locaux ou votre résidence, nous vous saurions gré de bien vouloir nous fournir les renseignements suivants en remplissant le formulaire en ligne disponible sur le site Internet de la ville à <http://ville.saint-lazare.qc.ca/securitepersonne> ou en nous acheminant tous les renseignements énumérés ci-dessous par télécopieur au 450 424-1591 ou par courriel à [incendies@ville.saint-lazare.qc.ca](mailto:incendies@ville.saint-lazare.qc.ca). **Il est également important d'aviser le Service de sécurité incendie de tout déménagement effectué par cette personne incluant le lieu de la chambre à coucher à l'intérieur du domicile.**

Pour toute question relative aux mesures de prévention incendie, communiquez avec le capitaine à la prévention, Martin Tanguay, par téléphone au 450 424-8000 poste 207 ou par courriel à [mtanguay@ville.saint-lazare.qc.ca](mailto:mtanguay@ville.saint-lazare.qc.ca).

### Consentement relatif à la divulgation des renseignements personnels

Je suis

- La personne à mobilité réduite décrite ci-dessous.
- Le parent/tuteur ou la personne responsable de la personne à mobilité réduite ci-dessous.

Et

- J'autorise** le Service de sécurité incendie de la Ville de Saint-Lazare à transmettre les renseignements personnels suivants à la base de données du Centre d'appel 911 pour des fins d'utilisation et de coordination en cas d'urgence.
- Je n'autorise pas** le Service de sécurité incendie de la Ville de Saint-Lazare à transmettre les renseignements personnels suivants au Centre d'appel 911 et **je comprends** que les renseignements suivants ne seront ni retenus par le Centre d'appel 911 ni le Service de sécurité de la Ville de Saint-Lazare. ***Si vous choisissez cette option, ne remplissez pas le formulaire.***

### Renseignements sur la personne à mobilité réduite :

Date de l'inscription : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse de la résidence : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Sexe :  F  M

Âge : \_\_\_\_\_

Description de l'handicap : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lieu de la chambre à coucher : \_\_\_\_\_

(Ex. : sous-sol, rez-de-chaussée, 1<sup>er</sup> étage)

Commentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

### Renseignements sur le parent, le tuteur responsable de la personne à mobilité réduite :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse de la résidence (si elle diffère): \_\_\_\_\_

N° de téléphone (s'il diffère) : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

ENVOYER