

## Formulaire : personne à mobilité réduite

### Renseignements sur la personne à mobilité réduite

\* Prénom :

\* Nom :

\* Adresse :

\* No. de téléphone :

Courriel :

\* Sexe : Femme

\* Âge :

Homme

\* Description de l'handicap :

\* Lieu de la chambre à coucher (Ex. : rez-de-chaussée, sous-sol, 1<sup>er</sup> étage) :

Aide spécifique nécessaire pour (explication) :

### Renseignements sur la personne-ressource de la personne à mobilité réduite :

Prénom :

Nom :

Adresse (si différente des lieux inscrits) :

Téléphone (si différent des lieux inscrits) :

### Consentement

J'autorise le Service d'urgence et de protection incendie de la Ville de Pincourt à transmettre les renseignements personnels suivants pour des fins d'utilisation et de coordination en cas d'urgence.

J'autorise la Ville de Pincourt à me consulter dans le cadre de son plan d'action à l'égard des personnes handicapées.

**Veillez envoyer votre formulaire à : [incendie@villepincourt.qc.ca](mailto:incendie@villepincourt.qc.ca) ou par fax 514 453-0934**