



Pour mieux vous aider **EN CAS DE SINISTRE**

Fiche d'inscription

Le programme, « **En cas de sinistre** », est destiné aux personnes handicapées, en perte d'autonomie, âgées ou vulnérables. Dans le but d'améliorer la rapidité et l'efficacité de nos interventions, en cas de sinistre (chaleurs accablantes, verglas, etc.), les résidants inscrits à ce programme seront contactés par téléphone afin de recevoir une **assistance personnalisée**. Si nécessaire, une visite à domicile sera effectuée.

Pour s'inscrire, il suffit de remplir la fiche ci-dessous et la faire parvenir à l'adresse indiquée. **Les renseignements fournis seront traités de façon strictement confidentielle et serviront uniquement en cas de sinistre.** Pour plus d'information, veuillez contacter la division de l'Assistance communautaire de la Cité de Dorval au **514 633-4100**.

INFORMATION SUR LES PERSONNES HABITANT À L'ADRESSE SUIVANTE :

ADRESSE: _____ CODE POSTAL : _____

Personne 1		Nom, prénom : _____	Aide à la mobilité : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Autre : Problème(s) de santé : _____
F	M	Nom à la naissance : _____	
Date de naissance : AAAA/MM/JJ		Téléphone: _____ Cellulaire : _____ Courriel : _____	
Recevez-vous des services du CLSC : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

Personne 2		Nom, prénom : _____	Aide à la mobilité : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Autre : Problème(s) de santé : _____
F	M	Nom à la naissance : _____	
Date de naissance : AAAA/MM/JJ		Téléphone: _____ Cellulaire : _____ Courriel : _____	
Recevez-vous des services du CLSC : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

Personne 3		Nom, prénom : _____	Aide à la mobilité : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Autre : Problème(s) de santé : _____
F	M	Nom à la naissance : _____	
Date de naissance : AAAA/MM/JJ		Téléphone: _____ Cellulaire : _____ Courriel : _____	
Recevez-vous des services du CLSC : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

Personne 4		Nom, prénom : _____	Aide à la mobilité : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Autre : Problème(s) de santé : _____
F	M	Nom à la naissance : _____	
Date de naissance : AAAA/MM/JJ		Téléphone: _____ Cellulaire : _____ Courriel : _____	
Recevez-vous des services du CLSC : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

Avez-vous l'air climatisé à la maison? Oui Non
 Recevez-vous les cybernouvelles de la Cité de Dorval? Oui Non
 Recevez-vous le service d'avis à la communauté (SAC)? Oui Non

Nombre et type d'animaux domestiques (si applicable) : _____

PERSONNES À CONTACTER EN CAS DE SINISTRE

1 Nom : _____ Prénom : _____

Relation : _____ Téléphone : _____ Cellulaire : _____

2 Nom : _____ Prénom : _____

Relation : _____ Téléphone : _____ Cellulaire : _____

Si nous sommes dans l'impossibilité de vous rejoindre ou de rejoindre vos personnes contact aux coordonnées indiquées, nous devons nous dégager de toute responsabilité.

Signature : _____ Date : _____

Veuillez nous informer de tout changement

Faites parvenir cette fiche dûment remplie et signée à :

Cité de Dorval
Assistance communautaire
1335, chemin du Bord-du-Lac, bureau S-020
Dorval (Québec) H9S 2E5

**Tous les renseignements seront
traités de façon strictement
confidentielle**