



**FORMULAIRE PNAP  
PERSONNE NÉCESSITANT DE L'AIDE PARTICULIÈRE**

**INSCRIPTION VOLONTAIRE**

**Identification de la personne (ayant besoin de l'aide)**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ App : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Cell.: \_\_\_\_\_

Résidence principale : Oui  Non  autre, précisez : \_\_\_\_\_

**Identification de la déficience**

- Intellectuelle  \_\_\_\_\_
- Malentendant  \_\_\_\_\_
- non-voyant  \_\_\_\_\_
- Personne handicapée  \_\_\_\_\_
- Personne âgée ayant des problèmes de motricité  \_\_\_\_\_
- Autre: \_\_\_\_\_

**Personne à joindre en cas d'urgence**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Cell.: \_\_\_\_\_

**Emplacement de la chambre de la personne qui nécessite de l'aide en cas d'évacuation**

Sous-sol  1er étage  2e étage  3e étage

**Autorisation**

J'autorise le Service de sécurité incendie de Saint-Jean-de-Matha à échanger les informations contenues sur ce formulaire avec la centrale d'appel d'urgence et je dégage le Service incendie de Saint-Jean-de-Matha de toute responsabilité dans le cadre de ce programme.

Signature de la personne handicapée ou de son représentant: \_\_\_\_\_

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

Adresse de retour par courrier : Municipalité St-Jean de Matha, 65, rue Lessard St-Jean de Matha J0K 2S0  
Adresse de retour par courriel : incendie@matha.ca