

Le programme Secours adaptés consiste à tenir un registre informatisé de personnes nécessitant une aide particulière lors d'une évacuation d'urgence. Lors d'un appel d'urgence, le répartiteur est ainsi en mesure d'aviser le service ou régie de sécurité incendie de la présence d'une personne nécessitant une aide particulière pour évacuer son domicile.

**Municipalités desservies**

- Massueville
- Saint-Aimé
- Sainte-Anne-de-Sorel
- Saint-David
- Saint-Gérard-Majella
- Saint-Joseph-de-Sorel
- Saint-Ours
- Saint-Robert
- Saint-Roch-de-Richelieu
- Sainte-Victoire-de-Sorel
- Sorel-Tracy
- Yamaska

**Personnes admissibles**

Toute personne demeurant à son domicile et qui n'est pas en mesure d'évacuer l'endroit par ses propres moyens en cas d'urgence, et ce, en raison d'une limitation permanente (physique ou cognitive).

**Cheminement d'une demande d'adhésion au programme Secours adaptés**

1. Transmettre le formulaire rempli à la MRC de Pierre-De Saurel
  - Par la poste ou le déposer au poste d'accueil de la MRC à l'adresse suivante : 50, rue du Fort, Sorel-Tracy (Québec), J3P 7X7;
  - Par télécopieur : 450 743-7313;
  - Par courriel : [info@mrcpierredesaurel.com](mailto:info@mrcpierredesaurel.com).
1. La MRC de Pierre-De Saurel reçoit le formulaire d'inscription et vérifie l'admissibilité de la personne au programme. Au besoin, un appel est fait pour clarifier la situation;
2. La MRC de Pierre-De Saurel procède à l'inscription de la personne dans la base de données. La base de données est transmise régulièrement à la centrale d'appels d'urgence afin d'assurer une mise à jour des dossiers. La MRC transfère également les informations de bases (adresse et nombre de personnes à évacuer) au ministère de la Sécurité publique pour l'intégration à l'application IGO-Urgence dont l'usage est réservé aux services d'urgences, aux centres d'appels d'urgence et aux responsables municipaux de sécurité civile;
3. La MRC de Pierre-De Saurel confirme l'inscription du requérant par l'envoi d'une lettre accompagnée de la carte aide-mémoire qui devra être conservée dans le porte-monnaie;
4. Lors d'une intervention d'urgence, l'information sera fournie au service et à la régie de sécurité incendie par le répartiteur de la centrale d'appels d'urgence.

**Mise à jour des informations**

Le citoyen inscrit au programme, ou son représentant légal, est prié de communiquer à la MRC de Pierre-De Saurel toute information pertinente sur son état de santé ainsi que tout changement relatif à sa situation (adresse, téléphone, personne-ressource, etc.) afin que ces modifications soient apportées à la base de données. Cette mise à jour permettra d'éviter toute confusion en cas d'incendie et, par le fait même, réduira les risques pour la sécurité des intervenants des services d'urgence sur place.

**Confidentialité**

L'information recueillie dans le cadre de ce programme est confidentielle et à l'usage exclusif de la MRC de Pierre-De Saurel, de la centrale d'appels d'urgence, des services/ régies de sécurité incendie, ainsi que du ministère de la Sécurité publique et des organisations de sécurité publique autorisées à utiliser l'application IGO-Urgence.

**Informations supplémentaires :**

- Site internet: <http://secoursadaptes.com/>
- Téléphone de la MRC : 450 743-2703

À L'USAGE DE LA MRC DE PIERRE-DE SAUREL		
A.1	Date de réception du formulaire _____	Traité par : _____
A.2	Saisi des données dans la BD _____	Traité par : _____
A.3	Transmission de la BD à CAUCA _____	Traité par : _____
A.4	Transmission des informations de base au MSP _____	Traité par : _____
A5	Envoi de la lettre de confirmation _____	Traité par : _____
B	Numéro de dossier _____	

**1 – NATURE DE LA DEMANDE**

Nouvelle inscription  
 Modification des informations contenues au dossier existant

**2- RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DE LA PERSONNE BÉNÉFICIAIRE**

2.1 Nom		2.2 Prénom	
2.3 Date de naissance A ____   M ____   J ____		2.4 Sexe <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin	
2.5 Langues parlées <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais      autres : _____			
2.6 Présence d'oxygène <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non      2.7 Si oui, sa localisation: _____			
<b>Représentant légal (si nécessaire)</b>			
2.8 Nom		2.9 Prénom	2.10 Téléphone

**3 - RENSEIGNEMENTS SUR LES LIMITATIONS DE LA PERSONNE BÉNÉFICIAIRE**

3.1 Types <input type="checkbox"/> Physique <input type="checkbox"/> Cognitive / intellectuelle		3.2 Moyens utilisés pour pallier la limitation (ex. : fauteuil roulant, etc.) _____	
3.3 Autre information utile à connaître sur l'incapacité lors d'une situation d'urgence requérant une évacuation : _____ _____			

**4 - RENSEIGNEMENTS SUR LE DOMICILE DE LA PERSONNE BÉNÉFICIAIRE**

4.1 N° civique	4.2 Rue	4.3 N° appartement	4.4 Étage
4.5 Code postal		4.6 Municipalité	
4.7 Téléphone domicile		4.8 Cellulaire	
4.9 Courriel (bénéficiaire ou représentant légal)			

**5 - PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

5.1 Nom		5.2 Prénom	
5.3 Lien avec la personne			
5.4 N° civique	5.5 Rue	5.6 N° appartement	5.7 Code postal
5.8 Municipalité	5.9 Téléphone domicile		5.10 Cellulaire

**6 - AUTORISATION ET ATTESTATION**

- Je comprends qu'en tant que citoyen je suis responsable de ma sécurité et que l'inscription au programme Secours adaptés ne peut garantir l'issue d'une intervention de secours ou sauvetage. Je dégage les organisations impliquées dans ce programme de secours adaptés de toutes responsabilités en cas de préjudices;
- J'autorise la MRC de Pierre-De Saurel, ainsi que tout autre organisme dûment autorisé par cette dernière à transmettre les informations contenues dans ce formulaire à la centrale d'appels d'urgences;
- J'autorise la MRC de Pierre-De Saurel ainsi que tout autre organisme dûment autorisé par cette dernière à transmettre les informations de base au ministère de la Sécurité publique pour l'intégration de cette information dans l'application IGO-Urgence;
- Je certifie que les renseignements inscrits dans ce formulaire sont, à ma connaissance, exacts et complets;
- Je m'engage à informer la MRC de Pierre-De Saurel en cas d'hospitalisation à long terme, de déménagement ou de décès afin de maintenir l'information à jour et d'assurer la sécurité des intervenants.

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne autorisée

\_\_\_\_\_  
6.1 Nom en caractères d'imprimerie

\_\_\_\_\_  
6.2 Date