

No civique : \_\_\_\_\_ No matricule : \_\_\_\_\_

## IDENTIFICATION DE LA PROPRIÉTÉ ET DE SES OCCUPANTS

1. Adresse de la propriété : \_\_\_\_\_
2. Particularité d'accès à la propriété :
  - Non
  - Oui, Précisez \_\_\_\_\_
3. Temps d'occupation de la propriété :
  - Temps complet
  - Saisonnier, précisez \_\_\_\_\_
4. Combien d'habitants ?  Adultes : \_\_\_\_\_  Enfants : \_\_\_\_\_
5. Possédez-vous des animaux? (Prévoir cage pour le transport en situation d'urgence)
  - Non
  - Oui, Précisez (nombre, espèce et descriptif) \_\_\_\_\_
6. Présence de matières dangereuses ou explosives : (propane, oxygène, essence etc.)
  - Non
  - Oui, précisez (quoi et où) \_\_\_\_\_
7. Ressources matérielles disponibles en cas d'urgence : (exemple : moyen de communication par radio amateur, moyen de transport, VTT, , etc.)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Ressources humaines disponibles en cas d'urgence : (Aptitudes ou connaissances particulièrement utiles en situation d'urgence. Exemple : Être une personne organisée, bonne communicatrice, dotées de connaissance professionnelles à titre d'infirmière, psychologue, agent de sécurité, menuisier, cuisinier, éducateur spécialisé, manœuvre, RCR etc.)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Personne à contacter en cas d'urgence (Autre que les habitants de la propriété)  
Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
Téléphone maison : \_\_\_\_\_ Téléphone travail : \_\_\_\_\_  
Cellulaire : \_\_\_\_\_ Autres téléphone : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_

*AIDÉZ-NOUS  
À VOUS AIDER*

## IDENTIFICATION DE L'OCCUPANT

1. Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Profession/employeur: \_\_\_\_\_  
Adresse du travail : \_\_\_\_\_  
Téléphone maison : \_\_\_\_\_ Téléphone travail : \_\_\_\_\_  
Cellulaire : \_\_\_\_\_ Autres téléphone : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_  
Horaire de travail habituel : \_\_\_\_\_

2. Êtes-vous aux études?  
 Non  
 Oui, Précisez (nom) \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

## CONDITIONS DE SANTÉ

- |  |  |
|--|--|
| 3. Prise de médication sur une base régulière?<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Oui, précisez _____<br>_____  | 7. Avez-vous des difficultés de mobilité?<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Oui, précisez _____<br>_____                                     |
| 4. Avez-vous des allergies connues?<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Oui, précisez _____                      | 8. Avez-vous des phobies?<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Oui, précisez _____<br>_____   |
| 5. Avez-vous des problèmes de communication?<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Oui, précisez _____             | 9. Êtes-vous une personne sujette à faire des crises d'anxiété ou de panique?<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Oui, précisez _____<br>_____ |
| 6. Avez-vous des besoins particuliers?<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Oui, précisez _____<br>_____<br>_____ |  |

*AIDÉZ-NOUS  
À VOUS AIDER*

