



## Inscription pour la base de données 9-1-1

L'**APVSL**, en collaboration avec le **Centre d'appels d'urgence 9-1-1 de Laval** aimeraient que vous remplissiez ce formulaire pour permettre l'alimentation de leurs bases de données afin que les services de police et d'incendies de Laval soient informés de votre condition s'ils ont à répondre à un appel de service à votre domicile (surdité, adresse, nombre de personnes, etc.). **Laval seulement**

☞ **CONFIDENTIEL** ☞

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

SOURD(E)                       MALENTENDANT                       avec HANDICAP ASSOCIÉ  
 SOURD(E)-AVEUGLE                       SOURD(E) USHER                       IMPLANTÉ(E)

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :

⇒ MAISON : (    ) \_\_\_\_\_ ATS  VOIX  CELLULAIRE   
⇒ TRAVAIL : (    ) \_\_\_\_\_ ATS  VOIX  CELLULAIRE   
⇒ URGENCE : (    ) \_\_\_\_\_ ATS  VOIX  CELLULAIRE

ADRESSE COURRIEL : \_\_\_\_\_

VOUS HABITEZ :  LOGEMENT     MAISON                       CONDO

AVEZ-VOUS UNE CHAISE ROULANTE :  OUI                       NON

AVEZ-VOUS DES ENFANTS :  OUI                       NON

NOMBRE DE PERSONNE SOURDE : \_\_\_\_\_ NOMBRE TOTAL DE RÉSIDANTS : \_\_\_\_\_

AVEZ-VOUS DES ANIMAUX DOMESTIQUES ?  CHAT  CHIEN  OISEAUX  AUTRES

**ALLERGIE AUX MÉDICAMENTS :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SIGNATURE : \_\_\_\_\_

*mise à jour 8 octobre 2010*