

Au printemps 2010, la Ville de Candiac a déposé son premier plan d'action visant à améliorer la qualité de vie de ses citoyens ayant une incapacité. Aussi, pour contribuer à l'évolution de son plan d'action, **la Ville désire connaître les besoins de ses citoyens** pour favoriser l'accessibilité universelle et prioriser les actions à entreprendre. Vous pouvez donc nous faire part de vos demandes dans la section : **« QUELS SONT VOS BESOINS ? »**.

Par la même occasion, nous encourageons les personnes qui pourraient avoir besoin d'assistance, advenant une urgence, à remplir la section : **« ÊTES-VOUS INSCRIT ? »**. Ces coordonnées seront transférées au Service de sécurité incendie Candiac/Delson et à la Régie intermunicipale de police Roussillon.

Que vous complétiez seulement une section ou les deux, veuillez nous faire parvenir ce formulaire par la poste à :

Plan d'action – personnes vivant un handicap

Ville de Candiac
100, boulevard Montcalm Nord
Candiac (Québec) J5R 3L8

Ce dépliant est également disponible sur le site de la Ville
au www.candiac.ca, à la section Programmes d'aide du
menu Culture et loisirs.

ÊTES-VOUS INSCRIT ?

Nom et prénom _____ Date de naissance _____
année mois jour

Adresse _____ Téléphone _____

Courriel _____ Cellulaire _____

Personne à rejoindre en cas d'urgence _____

Lien avec la personne _____ Téléphone _____

Personne à rejoindre en cas d'urgence _____

Lien avec la personne _____ Téléphone _____

Déficiência	Degré de handicap			Commentaires
	Léger	Moyen	Lourd	
Auditif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
De la parole	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Visuel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Intellectuel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Moteur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Maladies ou autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Lors de déplacements, que devez-vous utiliser ou apporter ? (Cochez une ou plusieurs réponses)

- Fauteuil roulant
 Triporteur ou quadriporteur
 Marchette, béquille, canne
 Chien guide ou d'assistance
 Médicaments (spécifiez)

Autres (spécifiez)

J'autorise le comité responsable du plan d'action des personnes vivant un handicap à communiquer avec moi pour des mises à jour ou des questions. J'autorise le CSSS Jardins-Roussillon / CLSC Kateri, l'Association des personnes handicapées de la Rive-Sud Ouest (APHRSO), l'organisme de Transport adapté Rive-Sud Ouest (TARSO), la Régie intermunicipale de police Roussillon et le Service de sécurité incendie Candiac/Delson à s'échanger les informations contenues sur ce formulaire. Je dégage le Service de sécurité incendie Candiac/Delson et le Centre d'appel d'urgence 9-1-1 de toute responsabilité dans le cadre de ce programme.



Nom et prénom (en lettres moulées)
de la personne inscrite ou du tuteur

Signature

Date