



*Municipalité de Notre-Dame-de-Pontmain*



## **IMPORTANT, pour la sécurité incendie de la Municipalité**

**Afin d'adapter nos visites à domicile pour la prévention incendie à la situation actuelle, nous demandons à la population à remplir ce questionnaire et nous le retourner au plus tard le 31 décembre 2020**

### **Comment?**

- 1- Sur ce papier que vous pourrez nous remettre
  - a) au bureau en mains propres ou dans la boîte aux lettres murale
  - b) par la poste à SSI NDP au 5, rue de l'Église, Notre-Dame-de-Pontmain J0W 1S0
  - c) par courriel (numérisé) à [urbanisme@munpontmain.qc.ca](mailto:urbanisme@munpontmain.qc.ca)
- 2- En ligne, sur le site suivant (ou en cliquant sur le lien hypertexte sur la page Internet et Facebook de la Municipalité)
  - ➔ Si vous avez besoin d'aide pour le remplir, n'hésitez pas à venir nous voir au bureau municipal

Si votre formulaire n'est pas retourné rempli, le service de sécurité incendie devra effectuer une visite de prévention à votre domicile

### **À gagner!**

Un tirage de 5 prix sera fait parmi les gens qui auront rempli et retourné le questionnaire

- ✓ 2 extincteurs
- ✓ 2 détecteurs de fumée
- ✓ 1 détecteur de monoxyde de carbone [CO]

**Nous vous remercions pour votre collaboration!**

## Service de sécurité incendie Notre-Dame-de-Pontmain

### Campagne de prévention 2020

|   |  |
|---|--|
| Date :  |  |
| Adresse de la propriété :   |  |
| Nom du ou des propriétaires :   |  |
| Nom de la personne répondant à ce questionnaire :                           |  |
| 1 <sup>er</sup> numéro de téléphone :                                       |  |
| 2 <sup>e</sup> numéro de téléphone :  |  |
| Adresse courriel :  |  |
| Personne à contacter en cas d'urgence si on n'arrive pas à vous contacter : |  |
| Numéro de téléphone :   |  |

#### Questionnaire de prévention :

##### Description de la maison

- Votre maison a-t-elle  un sous-sol  un rez-de-chaussée  un étage  un autre étage
- Y a-t-il une ou des chambres au sous-sol?  oui  non
- Y a-t-il une sortie d'urgence au sous-sol ou une fenêtre permettant l'évacuation en cas d'urgence?  
 oui  non
- Y a-t-il des pièces à usages mixtes, c'est-à-dire bureau de travail, entreprise, atelier ou autre commerce, etc.?   
oui  non  
Si oui de quoi agit-il? \_\_\_\_\_
- À quel endroit est situé le panneau d'alimentation principal de la maison? \_\_\_\_\_

Votre maison possède-t-elle des particularités de construction telles que rénovation avec double ou triple toit d'épaisseur, construction ou rénovation ayant requis une ou des poutres en acier, etc.?  oui  non

Si oui, décrivez la particularité : \_\_\_\_\_

---

---

Avez-vous un garage, une remise ou un autre type de bâtiment accessoire ayant de l'électricité?  oui  non

Si oui, à quel endroit se trouve le disjoncteur permettant de couper entièrement le courant dans ce bâtiment en cas d'incendie dans celui-ci?

---

**Veillez répondre au mieux de vos connaissances dans les 5 prochaines sections**

**A) Les systèmes de détection et d'extinction :**

- 1) Avez-vous un détecteur de fumée par étage?  oui  non
- 2) Sont-ils :  électriques ou à  pile : avez-vous changé vos de piles cette année?  oui  non
- 3) Quelle est la date de fabrication de votre ou de vos détecteurs de fumée? \_\_\_\_\_
- 4) Avez-vous testé votre ou vos détecteur(s) de fumée?  oui  non

**\*\* Attention ! Ne pas effectuer ce test si vous êtes relié à une centrale d'alarme.**

- 5) Si vous avez un système de chauffage autre qu'électrique, avez-vous un détecteur de monoxyde de carbone?  oui  non
- 6) Vos détecteurs de fumée sont-ils reliés à la centrale d'alarme?  oui  non  
Si oui, savez-vous quoi faire si jamais le détecteur de fumée de votre système d'alarme déclenche par accident?  oui  non
- 7) Avez-vous un extincteur près du système de chauffage?  oui  non de la cuisinière?  oui  non

\*\*\* Il est important de bien connaître la façon de faire lors de ces incidents ainsi que de savoir par cœur votre mot de passe secret. En cas de doute de votre part, ou si vous n'êtes pas au courant de la procédure, nous vous invitons à consulter votre centrale d'alarme afin de connaître leur protocole à ce sujet.

**NE DIVULGUEZ PAS VOTRE MOT DE PASSE SAUF AU PERSONNEL AUTORISÉ DE LA CENTRALE D'ALARME À LAQUELLE VOUS ÊTES RELIÉ.**

**B) Les Systèmes de Chauffage :**

- 1) Quel type de chauffage utilisez-vous?  Électrique  Bois  Huile  Granule  
 Propane : capacité du réservoir \_\_\_\_\_  Autre : \_\_\_\_\_
- Est-ce que les composantes de votre système de chauffage ont été inspectées cette année?  
 oui  non

Si vous chauffez **au bois** :

- Votre cheminée a-t-elle été ramonée cette année?  oui  non
- Quelle quantité de bois brûlez-vous par année en moyenne? \_\_\_\_\_
- Conservez-vous du bois de chauffage dans la maison?  oui  non  
Si oui, quelle quantité? \_\_\_\_\_

**C) Vérifications courantes**

**Votre panneau électrique**

- 1) Y a-t-il un dégagement d'au moins 1 mètre (3 pieds) devant?  oui  non
- 2) Son couvercle est-il en place?  oui  non
- 3) Manque-t-il des disjoncteurs (breaker)?  oui  non  
Si, oui les plaques d'obturation ont-elles été installées?  oui  non

**Autre**

- 4) Lorsque vous faites de la cuisson avec de l'huile ou de la friture, utilisez-vous une friteuse homologuée?  
 oui  non
- 5) Advenant un incendie dans votre résidence, avez-vous établi un point de rencontre sur votre terrain ou à un endroit précis où les autres occupants peuvent se rassembler, s'assurer que tout le monde est sorti et attendre les secours?  oui  non

**D) Les risques particuliers**

**Est-ce que dans cette maison, il y a des personnes qui y vivent et qui**

- 1) ont des problèmes de mobilité ou qui sont à mobilité réduite?  oui  non
- 2) sont âgées de plus de 65 ans?  oui  non
- 3) sont handicapées physiquement ou mentalement?  oui  non
- 4) Est-ce que votre entrée véhiculaire rend votre propriété difficile d'accès (trop étroite ou non conforme à la réglementation municipale en vigueur)?  oui  non
- 5) Est-ce que votre entrée véhiculaire ainsi que le ou les balcons sont déneigés en hiver?  oui  non

**E) Les matières dangereuses**

Est-ce qu'à l'intérieur de votre garage, votre remise ou votre résidence, vous entreposez des matières ou produits nocifs pouvant mettre votre vie ou celle des intervenants? veuillez remplir le tableau.

| Produit           | Garage  |          | Remise  |          | Résidence   |          |
|-------------------|---|----------|---|----------|---|----------|
|                   | Oui ou non  | Quantité | Oui ou non  | Quantité | Oui ou non  | Quantité |
| Essence           | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |          | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |          | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |          |
| Diesel            | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |          | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |          | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |          |
| Propane           | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |          | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |          | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |          |
| Acétylène         | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |          | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |          | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |          |
| Chlore à piscine  | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |          | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |          | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |          |
| Argon             | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |          | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |          | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |          |
| Benzène           | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |          | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |          | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |          |
| Oxygène concentré | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |          | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |          | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |          |
| Autre :           | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |          | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |          | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |          |

Signature du répondant : \_\_\_\_\_

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

**Merci encore une fois pour votre collaboration!**