



# Demande d'attribution d'une récompense de sauvetage de Saint-Jean

Ambulance Saint-Jean rend hommage aux personnes ou aux groupes de personnes qui ont sauvé ou tenté de sauver une vie, sans égard au risque qu'elles ont couru, en administrant les premiers soins. Les demandes de récompenses de sauvetage de l'Ambulance Saint-Jean doivent être soumises dans les deux années au cours de laquelle l'incident a eu lieu.

## 1. Renseignements sur le candidat

|  |                          |            |                      |               |       |
|--|--------------------------|------------|----------------------|---------------|-------|
| Nom :  | _____                    | Âge :      | _____                |               |       |
| Adresse :  | _____                    |            | Sexe :               | _____         |       |
| Ville :  | _____                    | Province : | _____                | Code postal : | _____ |
| Télé :   | _____                    | Courriel : | _____                |               |       |
| Occupation :   | _____                    |            | Titre / Poste / Rang |               | _____ |
| Membre du Service d'urgence?<br><i>(p. ex., policier, pompier, ambulancier, travailleur paramédical)</i> | <input type="checkbox"/> | Oui        | Organisation         |               | _____ |
| Affiliation à l'Ambulance Saint-Jean?  | <input type="checkbox"/> | Oui        | Succursale/Brigade   |               | _____ |
| A reçu une formation de l'Ambulance Saint-Jean?  | <input type="checkbox"/> | Oui        | Date de la formation |               | _____ |

## 2. Renseignements sur l'incident

|                   |       |         |       |       |
|-------------------|-------|---------|-------|-------|
| Date :            | _____ | Heure : | _____ |       |
| Ville, Province : |       |         |       | _____ |

## 3. Renseignements sur la victime (facultatif)

|           |       |            |        |               |       |
|-----------|-------|------------|--------|---------------|-------|
| Nom :     | _____ | Âge :      | _____  |               |       |
| Adresse : | _____ |            | Sexe : | _____         |       |
| Ville :   | _____ | Province : | _____  | Code postal : | _____ |
| Tél. :    | _____ | Tél. :     | _____  |               |       |

## 4. Vie privée

L'Ambulance Saint-Jean respecte votre droit à la vie privée. Nous ne recueillons que les renseignements signalétiques personnels que vous fournissez de votre gré au moment de remplir le présent formulaire. L'Ambulance Saint-Jean utilisera le nom du candidat et les renseignements sur le sauvetage uniquement aux fins de reconnaissance de l'acte d'héroïsme. Nous ne rendons pas public ni ne dévoilons le nom de la ou des victimes. Des dossiers sont conservés uniquement aux fins de d'établissement de rapports internes. À l'occasion, des représentants des médias nous demandent des renseignements sur les sauvetages. Nous ne diffuserons pas de renseignements signalétiques à moins que vous nous autorisiez explicitement à le faire. Si vous nous donnez votre adresse, il se peut que nous vous fassions parvenir nos bulletins ou toute autre correspondance concernant les activités de l'Ambulance Saint-Jean.

## 5. Description de l'incident

Dans la case ci-dessous ou sur une feuille séparée, veuillez résumer tous les témoignages rendus et y inclure tous les renseignements pertinents qui permettront d'évaluer le danger de mort, s'il y a lieu (par exemple, les conditions climatiques, l'état du terrain, l'épaisseur de la fumée ou l'intensité des flammes) et les premiers soins administrés.

|  |
|--|
|  |
|--|

## 6. Témoignages (Veuillez joindre les documents justificatifs à la demande.)

|             |            |        |  |
|-------------|------------|--------|--|
| Nom : _____ |            |        |  |
| Ville :     | Province : | Tél. : |  |

|             |            |        |  |
|-------------|------------|--------|--|
| Nom : _____ |            |        |  |
| Ville :     | Province : | Tél. : |  |

## 7. Documents justificatifs

Inclure les noms des et les témoignages signés des professionnels qui sont arrivés pendant ou après l'incident ou qui ont traité la victime tout de suite après l'incident (p. ex., médecins, ambulanciers, pompiers). Les articles de journaux ne sont pas suffisants. Veuillez énumérer tous les documents justificatifs.

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

## 8. Proposant

|                    |            |               |
|--------------------|------------|---------------|
| Nom : _____        |            |               |
| Adresse : _____    |            |               |
| Ville :            | Province : | Code postal : |
| Maison :           | Travail :  |               |
| _____<br>Signature |            | _____<br>Date |

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli au :  
**Bureau de conseil d'Ambulance Saint-Jean**  
**le plus proche de vous.**  
*Pour de plus amples renseignements, composez le 613-236-7461*