



SERVICE DE SÉCURITÉ INCENDIE

PVAF 2025-2028

Fiche de visite résidentielle

Service incendie :

- Conforme
- Non-Conforme
- Absent
- Non-disponible
- Vacant

Vérification effectuée par : L'occupant Le service incendie Date de la vérification : _____

A Renseignements généraux

Adresse : _____ Saint-Joseph-du-Lac, J0N 1M0

Type d'habitation : Maison unifamiliale Immeuble à logements Duplex, Triplex Maison de chambre Autre

Nombre d'étages : _____ Nombre de logements : _____ Nombre de Garage : _____

Numéro civique visible de la rue : Oui Non

B Avertisseurs de fumée

	Sous-sol		R/C		Étage		Type d'appareil		
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Électrique	Pile 9V	Pile Lithium
Relié centrale	<input type="checkbox"/>								
Conforme	<input type="checkbox"/>								
Non conforme : Plus de 10 ans	<input type="checkbox"/>								
Pile manquante / Défectueux	<input type="checkbox"/>								
Absent	<input type="checkbox"/>								

C Détecteur de monoxyde de carbone (CO)

Requis	<input type="checkbox"/>	Raison
Conforme	<input type="checkbox"/>	
Non conforme : Plus de 10 ans	<input type="checkbox"/>	Garage attaché : <input type="checkbox"/> Foyer au gaz : <input type="checkbox"/>
Pile manquante / Défectueux	<input type="checkbox"/>	Appareil au gaz : <input type="checkbox"/> Foyer au bois : <input type="checkbox"/>
Absent	<input type="checkbox"/>	Autre : <input type="checkbox"/> Précisez : _____



SERVICE DE SÉCURITÉ INCENDIE

PVAF 2025-2028

Fiche de visite résidentielle

D Personne à mobilité réduite ou handicapée

Présence d'une personne à mobilité réduite et/ou handicapée? Oui Non

Détails du lieu / Secours adaptés

Nom de famille :

Prénom :

Sexe : M F Autre

Date de naissance :

Téléphone :

Langue : Fr Ang Autre

Degré de handicap : Léger (Peu évacué par elle-même) Moyen (Peu évacuer à l'aide d'un équipement) Lourd (Ne peu évacuer par elle-même)

Type de handicap / Description :

Localisation :

Personne vivant seule : Oui Non

Personne contact :

Lien :

Téléphone :

Commentaires / Détails :

E Matières dangereuses

Propane Gaz naturel Autre, précisez :

Emplacement vue de l'avant de la résidence (secteur) : À Gauche (2) À l'arrière (3) À droite (4) À l'avant (5)

F Autres renseignements

Est-ce que les issues de secours sont bien dégagées ? Oui Non

Est-ce qu'il y a une cheminée ? Oui Non Date dernière fois ramoner :

Est-ce qu'il y a un extincteur portatif près d'une sortie? Oui Non Type : A BC ABC Autre Précisez : _____

G Commentaires

Transféré au département de la prévention pour suivi Raison :