

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Registre nominatif des personnes âgées et des personnes handicapées à intégrer au plan d'alerte et d'urgence départemental en cas de risques exceptionnels.

Par la présente, je fais part d'une demande d'inscription sur le registre des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence consécutif à une situation de risques exceptionnels, climatiques ou autres.

ATTENTION : Je suis informé(e) :

- que cette inscription ne concerne que les personnes vulnérables du fait de leur isolement
- que cette inscription est facultative et qu'une demande de radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande.
- qu'il m'appartient de signaler aux services municipaux toute modification concernant ces informations, aux fins de mettre à jour les données permettant de me contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.

Personne(s) à inscrire

NOM marital : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Adresse :

Vit : seule en couple autre, précisez :

Téléphone (obligatoire) :

Portable :

Adresse mail (éventuellement) :

Qualité de la personne à inscrire :

- Personne fragile âgée de plus de 65 ans, personne handicapée, malade à domicile, personne dépendante)
- Nourrisson, jeune enfant
- Travailleur exposé à la chaleur exposé au risque de la déshydratation

Inscription faite en mon nom propre

Inscription faite par un tiers (si oui, remplir les informations suivantes)

Je soussigné(e)

NOM : Prénom :

Agissant en qualité de :

- représentant légal
- service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile
- médecin traitant
- autre, préciser :

Absences prévues

- du au
- du au
- Absences non prévues à ce jour. Merci de signaler tout changement au 03 87 02 37 41 (mairie)

Personnes référentes

Personne de l'entourage (famille, amis, voisins...)

NOM : Prénom :

Adresse :

..... Téléphone :.....

Professionnel(s)

- Service d'aide ou de soins à domicile et/ou d'un autre service

Intitulé du service :

Adresse :

..... Téléphone :.....

- médecin traitant

Nom :

Adresse :

..... Téléphone :.....

Informations diverses

Recevez-vous des visites à domicile ?

- tous les jours plusieurs fois par semaine une fois par semaine moins souvent

Vous sentez-vous isolé(e) ? oui non

Souhaitez-vous être destinataire d'informations utiles aux seniors ? oui non

Souhaitez-vous des prêts de livres et, ou de fascicule de jeux de mémoire? oui non

Acceptez-vous d'être contacté et ou visité par un élu ou un membre du CCAS ? oui non

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande.

Fait à, le

Signature obligatoire de la personne inscrite au registre

A compléter et à retourner par courrier à la Mairie
Mairie de Coteaux-du-Blanzacais
2 Route de Villebois-Lavalette
16250 Coteaux-du-Blanzacais
Tel : 05.45.64.03.77 Email : mairie@coteauxdublancacais.fr

Ce registre est soumis au décret 2004-926 et peut être mis à disposition du préfet et représentant de l'Etat en cas de déclenchement du Plan canicule. L'inscription à ce registre n'est pas obligatoire et vous pourrez à tout moment sortir du dispositif sur simple demande. Conformément à la loi du 6 janvier 1978, toute personne figurant sur le registre a un droit d'accès et de rectification des informations individuelles le concernant. Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser, en justifiant de votre identité, à Monsieur le Maire.