



Plan canicule

Si vous souhaitez être inscrit sur le registre nominatif d'alerte

Prévu à l'article L. 121-6-1 du code de l'action sociale et des familles

Les informations communiquées ont pour seul objet le plan d'alerte et d'urgence départemental. Elles restent confidentielles et sont destinées exclusivement à l'usage du Centre Communal d'Action Sociale de la Ville de Morancé, responsable de leur traitement. Elles seront traitées en conformité avec la loi du 06/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Merci de remplir le bulletin à remplir en LETTRES MAJUSCULES, soit :

- par la personne âgée ou en situation de handicap,
- par un tiers (représentant légal, intervenant médico-social, entourage, parent, ami).

et à retourner par courrier au :

Ville de Morancé
Service CCAS
1, place de l'église
69480 MORANCÉ
Téléphone : 04 78 86 63 23

1- IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE

Monsieur

Madame

NOM :

Prénom(s) :

Né(e) le : \ \

à

Adresse :

Téléphone :

Situation familiale : isole(e) couple en famille

Je sollicite mon 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.

Je demande mon inscription :

en qualité de personne âgée de 65 ans et plus

en qualité de personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail

en qualité de personne en situation de handicap

Je suis informé(e) que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de ma part.

2- RÉFÉRENCES DU SERVICE MÉDICAL OU SOCIAL INTERVENANT A VOTRE DOMICILE OU EN CONTACT AVEC VOUS

Je déclare bénéficiaire de l'intervention :

d'un service d'aide a domicile d'un service de soins infirmiers à domicile

Intitulé du service :

Adresse :

Téléphone : Jour d'intervention :

d'un autre service

Intitule du service :

Adresse :

Téléphone :

d'aucun service à domicile

3- PERSONNES DE VOTRE ENTOURAGE A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM / Prénom :

Adresse :

Téléphone :

NOM / Prénom :

Adresse :

Téléphone :

4- MENTION DE VOS PÉRIODES D'ABSENCE ENTRE JUILLET ET AOÛT

- Absences en juillet :

- Absences en aout :

5- SI LE BULLETIN EST REMPLI POUR LE BÉNÉFICIAIRE PAR UN TIERS, VEUILLEZ PRÉCISER VOS COORDONNÉES :

Monsieur

Madame

NOM :

Prénom(s) :

Adresse :

Téléphone :

Agissant en qualité de :

Représentant légal

Service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile

Médecin traitant

Autre : (merci de le préciser)

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

Je suis informé(e) 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.

« Lors du déclenchement du plan d'alerte et d'urgence par la Préfecture, les personnes inscrites sur le registre sont appelées pendant la période d'alerte. Si elles ne répondent pas par téléphone une visite à domicile est effectuée. » Ainsi, j'accepte que mes coordonnées (nom et adresse) soient également transmises à la Police municipale pour permettre la visite des policiers municipaux à mon domicile, dans le cas où je ne serai pas joignable.

Fait à, le

Signature obligatoire