

PLAN NATIONAL CANICULE
FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF
loi n° 2004-626 du 30 juin 2004



BULLETIN D'INSCRIPTION 2023

Bulletin à remplir en LETTRES MAJUSCULES, soit :

- Par la personne âgée ou handicapée,
- Par un tiers (représentant légal, intervenant médico-social, entourage, parent, ami).

1- IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE

M. Mme Mlle NOM : PRÉNOM(S)

NÉ(E) LE :/...../..... à

ADRESSE.....

TÉLÉPHONE : fixe Portable

E-mail :

SITUATION FAMILIALE : isolé(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 handicapée

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

Nom et coordonnées du médecin traitant :

Je déclare bénéficiaire de l'intervention :

- d'un service d'aide à domicile

Intitulé du service :

Adresse:

Téléphone :

- d'un service de soins infirmiers à domicile

Intitulé du service :

Adresse:.....

Téléphone :

- d'un autre service

Adresse:.....

Téléphone :

- d'aucun service à domicile

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

① NOM / Prénom(s) :

Adresse :

Téléphone : Fixe Portable.....

② NOM / Prénom(s) :

Adresse :

Téléphone : Fixe Portable

4- MENTION DE VOS PÉRIODES D'ABSENCE ENTRE JUIN ET SEPTEMBRE 2023

**IMPORTANT : veuillez préciser les dates de vos absences prévues
entre le 1^{er} juin et le 15 septembre 2023**

(si ces dates changent, nous vous remercions de nous le signaler en appelant au 04 73 84 68 79):

.....
.....

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

M. Mme Mlle Nom : Prénom :

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 au P.R.I.S 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.

J'accepte que mes coordonnées (nom et adresse) soient également transmises à la Police municipale pour permettre la visite si nécessaire des policiers municipaux à mon domicile pendant la période estivale.

Fait à, le

Signature obligatoire

CETTE DEMANDE DOIT ÊTRE ADRESSÉE AU

Point Rencontre Information Seniors
Maison des Citoyens
15 impasse des Dômes
63800 COURNON-D'Auvergne

Les informations communiquées restent confidentielles et sont destinées exclusivement à l'usage du Centre Communal d'Action Sociale de la Ville de Courmon-d'Auvergne.