

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



**BULLETIN D'INSCRIPTION 2026**

**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)  célibataire  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 bénéficier 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

NOM / Prénom(s) : .....

Adresse : .....

Téléphone : Fixe ..... Portable.....

NOM / Prénom(s) : .....

Adresse : .....

Téléphone : Fixe ..... Portable .....

### 4- MENTION DE VOS PÉRIODES D'ABSENCE ENTRE JUIN ET SEPTEMBRE 2026

**IMPORTANT : veuillez préciser les dates de vos absences prévues entre le 1<sup>er</sup> juin et le 15 septembre 2026**

(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