

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF PLAN CANICULE

Nom : **Prénom :**

Né(e) le : \ \

Adresse

N°: Voie, Rue, Boulevard :

Lieu-dit/Hameau/Quartier/Lotissement/ :

Code postal : Commune/Ville :

Téléphone fixe : /...../..... /...../.....

Téléphone portable : /...../..... /...../.....

Sollicite mon inscription sur le registre nominatif des personnes de la Commune de TOUL à contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence consécutif à une situation caniculaire au titre de :

- Personne âgée de 65 ans et plus
- Personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail
- Personne en situation de handicap

Mon logement est :

- Individuel (maison)
- Collectif (immeuble avec plusieurs appartements)
- Collectif avec un gardien

Vous vivez :

- Seul (e)
- En couple

- En famille
- Autre (précisez)

Avez-vous des intervenants d'un service médical ou social à votre domicile ?

- OUI
- NON

Si oui lesquels (tableau ci-dessous à remplir)

| PRESTATIONS | OUI/NON | NOM DE L'ORGANISME | JOURS ET HORAIRES D'INTERVENTION |
|--|----------------|---------------------------|---|
| Soins à domicile (SSIAD ; infirmière) | | | |
| Aide-ménagère | | | |
| Portage de repas | | | |
| Téléassistance | | | |

Nom et coordonnées du médecin traitant :

Tél. : / / / /

Fréquentez-vous des clubs ou autres structures ?

OUI

NON

Si oui lesquels :

.....

Quelles sont les personnes de votre entourage à prévenir en cas d'urgence ?

| | PRIORITE 1 | PRIORITE 2 | PRIORITE 3 |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|
| NOM | | | |
| PRENOM | | | |
| QUALITE (LIEN DE PARENTE, MEDECIN TRAITANT.....) | | | |
| TELEPHONE DOMICILE | | | |
| TELEPHONE PORTABLE | | | |
| TELEPHONE PROFESSIONNEL | | | |
| ADRESSE | | | |
| DATE D'ABSENCE | | | |
| JUIN | | | |
| JUILLET | | | |
| AOUT | | | |

Serez- vous absent(e) de votre domicile du 1^{er} juin au 31 août ?

OUI :

NON

Si oui précisez les dates de vos absences à cette période :

-
-
-
-

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

J'accepte de communiquer les renseignements repris dans ce document au CCAS qui s'engage à en garder la confidentialité

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.

Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler au CCAS 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.

Date de la demande :

Signature :

DOSSIER A RETOURNER AU :

CCAS

Inscription sur le registre « Plan canicule »

13, Rue de Rigny

54200 TOUL

**POUR M'AIDER A COMPLETER CE FORMULAIRE OU AVOIR DES INFORMATIONS
COMPLEMENTAIRES :**

La responsable médico-sociale du CCAS

Mme Mélanie TOURLOUSE

Tél : 03.83.43.08.90