



FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF CANICULE / GRAND FROID

Prévu à l'article L.121-6-1 et R121-2 à 12 du code de l'action sociale et des familles

Depuis les événements survenus lors de la canicule de l'été 2003, la loi du 30 juin 2004 confie aux maires la charge de recenser les personnes âgées et les personnes handicapées isolées à leur domicile, en prévention de risques climatiques exceptionnels.

Vous avez donc la possibilité de vous inscrire auprès du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) et de nous **retourner si nécessaire ce formulaire à l'adresse suivante**: CCAS 1 PLACE DE LA MAIRIE 31410 LAVERNOSE-LACASSE

1- IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE ⁽¹⁾

M. Mme
Nom : Prénom(s) :
Né(e) le: \ \ à
Adresse:.....
.....
.....
Téléphone fixe : Téléphone portable :.....
Email :.....@.....
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 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 écrite de ma part.

2- SERVICE MÉDICAL OU SOCIAL INTERVENANT A VOTRE DOMICILE OU EN CONTACT AVEC VOUS ⁽²⁾

Je déclare bénéficier de l'intervention ⁽¹⁾ :

- d'un service d'aide à domicile

Nom du service :
Adresse:
Téléphone :
Email :

- d'un service de soins infirmiers à domicile

Nom du service :
Adresse:.....
Téléphone :
Email :

(1) Cocher la case correspondante à votre situation

(2) Les réponses à cette rubrique sont facultatives

d'un autre service

Nom du service :
Adresse :
Téléphone :
Email :

d'aucun service à domicile

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

NOM / Prénom(s) :
En qualité de.....
Adresse :
Téléphone :
Email :

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

M. Mme

Nom : Prénom :
Adresse :
Téléphone :
Email :

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)

La personne concernée est-elle informée de votre démarche d'inscription ? oui / non

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/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.

En vous inscrivant, vous acceptez qu'une personne du CCAS vous téléphone en cas d'alerte et qu'en cas de plusieurs appels sans réponse, la personne de votre entourage soit contactée en priorité. Une personne du CCAS pourrait être amenée à se déplacer à votre domicile et en cas de non réponse de votre part et malgré nos sollicitations, le CCAS pourrait être amené à déclencher les procédures de service d'urgence.

Fait à, le
Signature obligatoire

Les informations communiquées ont pour seul objet le plan départemental d'alerte et d'urgence. Elles restent confidentielles et sont destinées exclusivement à l'usage du Centre Communal d'Action Sociale de la Ville de Lavernose-Lacasse, 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.

(1) Cocher la case correspondante à votre situation

(2) Les réponses à cette rubrique sont facultatives