



« PLAN CANICULE – PLAN GRAND FROID »

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

- > Bulletin à remplir en **LETTRES MAJUSCULES**, soit :
- par la personne âgée ou handicapée
 - par un tiers (représentant légal, intervenant médico-social, entourage, parent, ami)

IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

CIVILITE : M. MME

NOM : PRENOM(S) :

NE(E) LE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ADRESSE :

TELEPHONE DOMICILE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

TELEPHONE PORTABLE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

→ Je sollicite mon inscription sur le registre des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan alerte et d'urgence.

→ La confidentialité et la sécurité des informations transmises seront préservées.

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

REFERENCES DU SERVICE MEDICAL OU SOCIAL INTERVENANT A VOTRE DOMICILE OU EN CONTACT AVEC VOUS

Je bénéficie 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 service de téléalarme

Les personnes inscrites pour être contacté (veuillez préciser leurs nom, prénom et numéro de téléphone) :

1.

2.

3.

d'un autre service d'aucun service à domicile

Intitulé du service :

Adresse :

Téléphone :

MEDECIN TRAITANT :

NOM PRENOM :

Tél : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Je reçois la visite de mon entourage (famille, ami, voisin) :

NOM : PRENOM(S) :

Tél : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Fréquence :

PERSONNES DE VOTRE ENTOURAGE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

① NOM : PRENOM(S) :

ADRESSE :

CODE POSTAL : |_||_||_||_||_||_|| VILLE :

TELEPHONE DOMICILE : |_||_||_||_||_||_||_||_||_||_||_||_||

TELEPHONE PORTABLE : |_||_||_||_||_||_||_||_||_||_||_||_||

① NOM :

PRENOM(S) :

ADRESSE :

CODE POSTAL : |_||_||_||_||_||_|| VILLE :

TELEPHONE DOMICILE : |_||_||_||_||_||_||_||_||_||_||_||_||

TELEPHONE PORTABLE : |_||_||_||_||_||_||_||_||_||_||_||_||

Il est rappelé aux familles et aux proches qu'une telle procédure ne dispense pas de prendre fréquemment des nouvelles des personnes qui sont inscrites lorsque le plan grand froid ou le plan canicule est déclenché.

SI LE BULLETIN EST REMPLI PAR UN TIERS, VEUILLEZ PRECISER VOS COORDONNES

CIVILITE : M. MME

NOM : PRENOM(S) :

ADRESSE :

CODE POSTAL : |_||_||_||_||_||_|| VILLE :

TELEPHONE DOMICILE : |_||_||_||_||_||_||_||_||_||_||_||_||

TELEPHONE PORTABLE : |_||_||_||_||_||_||_||_||_||_||_||_||

AGISSANT EN QUALITE DE :

- Représentant légal
 Service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile
 Médecin traitant
 Autre (merci de 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.

Fait à

SIGNATURE OBLIGATOIRE

Le

**POUR PLUS D'INFOS : MAIRIE DE SAINT-DENIS-LES BOURG – Service CCAS –
1 place de la Mairie – 01000 SAINT-DENIS-LES-BOURG – 04.74.24.24.64**