



INSCRIPTION SUR LE REGISTRE

DU PLAN D'ALERTE ET D'URGENCE

Inscription au registre nominatif des personnes âgées et des personnes handicapées à intégrer dans le plan d'alerte et d'urgence départemental en cas de risques exceptionnels.

Par la présente, je souhaite m'inscrire ou faire inscrire un proche 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.

ATTENTION : Je suis informé(e) :

- ❖ que cette inscription ne concerne que les personnes vulnérables du fait de leur isolement
- ❖ que cette inscription est facultative et qu'une demande de radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande
- ❖ 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

PERSONNE À INSCRIRE

Nom marital : Prénom :

Nom de jeune fille : Date de naissance :/...../.....

Adresse :

Téléphone fixe : Portable :

Qualité de la personne à inscrire :

Personne âgée de 65 ans et plus Personne adulte handicapée

Personne âgées de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail

INFORMATIONS DIVERSES

Vivez vous seul(e) à votre domicile ? OUI NON

Disposez-vous de la téléalarme ? OUI NON

Recevez-vous des visites à domicile ? Tous les jours
plusieurs fois par semaine une fois par semaine moins souvent

Mode de déplacement dans le domicile : Seule Canne

Fauteuil roulant Déambulateur Immobilisé(e)

Ya t'il une personne qui possède vos clés de logement ? :

Nom, Prénom :

Adresse : Tel :

ABSENCES PRÉVUES

Absences prévues durant l'année :

Du au

Du au

Du au

Absences non prévues à ce jour

Pour tous changements, veuillez nous en informer au 03.62.72.57.30 (CCAS)

PERSONNES RÉFÉRENTES

Personnes de l'entourage (famille, amis, voisins)

1/ Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe : Portable :

2/ Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe : Portable :

Professionnel(s) :

Médecin traitant :

Nom : Prénom :

Adresse et tél :

Service d'aide ou de soins à domicile, portage des repas ou autre service

Intitulé du service : Tel :

Fréquence des visites par semaine :

Inscription faite en nom propre

Inscription faite par un tiers (si oui, remplir les informations suivantes)

Je, soussigné(e) (nom, prénom)

Agissant en qualité de :

Représentant légal

Service d'aide à domicile ou de soins infirmiers à domicile

Médecin traitant

Autre (préciser)

Signature (obligatoire) :

Fait à Mouy,
le/...../2015