

Par la présente, je souhaite m'inscrire ou faire inscrire un proche sur le registre des personnes à contacter en cas de déclenchements 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 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 d'urgence.

Personne (.s) à inscrire :

Nom Marital : Prénom :

Nom de jeune fille : Date de naissance :

Vit

Seul :

En couple :

Autres (précisez) :

Téléphone (obligatoire) :

Téléphone portable :

.....
.....
.....

Qualité de la personne à inscrire :

☐
☐
☐
☐
☐
☐

Personne âgée de 65 ans et plus

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

Personne adulte handicapée

Personne présentant une pathologie particulière (maladie chronique, autres)

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 (en accord avec la personne à inscrire)

☐
☐
☐
☐
☐

Représentant légal

Parent solo (isolé)

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

Médecin traitant

Autre : (préciser).....

Personnes de confiance

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

Nom :Prénom :

Adresse :

.....Téléphone :

Professionnel (.s)

☐ Service d'aide ou de soins à domicile et/ou un autre (préciser)

Intitulé du service :

Adresse/téléphone :

☐ Médecin traitant :

Nom :

Adresse/téléphone :

Informations diverses

Recevez vous des visites à domicile ?

- ☐ Tous les jours
☐ Plusieurs fois par semaine
☐ Une fois par semaine
☐ Moins souvent

Vous sentez vous isolé (.e)

- ☐ Oui
☐ Non

Vous sentez vous vulnérable (du fait de votre état de santé)

- ☐ Oui
☐ Non

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

Fait à, le

Signature de la personne inscrite au registre