

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU REGISTRE NOMINATIF DE VEILLE SANITAIRE ET SOCIALE

Dans le cadre du plan d'alerte et d'urgence départemental en cas de risques exceptionnels (canicule, pandémie, grand froid, inondations...) un registre de veille sanitaire et sociale est mis en place. Il permet, en cas de déclenchement du dispositif, de prendre rapidement contact avec les personnes âgé(e)s de plus de 65 ans ou de plus de 60 ans reconnu(e)s inaptes au travail ou reconnu(e)s en situation de handicap.

L'inscription est volontaire et peut s'effectuer à tout moment de l'année. Un tiers peut déclarer une personne isolée ou fragile. Aucune pièce justificative à fournir, le rôle du registre est préventif.

BÉNÉFICIAIRE

Madame Monsieur

Nom : Prénom : Date de naissance :

 Adresse :

Vous résidez dans (*entourez, svp*):  une maison individuelle  un appartement

 Code interphone :  Étage :

 Téléphone fixe Téléphone portable :

Email :

Votre situation (*entourez, svp*):  seul(e)  en couple  en famille

 Si en couple, Nom et Prénom du (de la) conjoint(e) :

65 ans et plus plus de 60 ans reconnue inapte au travail en situation de handicap

CONSENTEMENT

Je souhaite m'inscrire sur le registre des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan alerte canicule, fortes chaleurs

PERSONNES RÉFÉRENTES (*à prévenir en cas d'urgence*)

Nom : Prénom : Lien de parenté : enfant ami

frère, sœur ami tiers de confiance autres (*précisez*):

 Adresse :

 Téléphone fixe Téléphone portable :

Nom : Prénom : Lien de parenté : enfant ami

frère, sœur ami tiers de confiance autres (*précisez*):

 Adresse :

 Téléphone fixe Téléphone portable :

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Médecin traitant

Nom : Prénom : Date de naissance :

 Adresse :

 Téléphone : ● Vous déplacez-vous facilement (*cochez*): oui non

Problème de santé particulier à signaler :



Service d'aide et de soins à domicile

● Bénéficiez-vous d'une aide à domicile ? oui non

Si oui, nom du service :

 Adresse :

 Téléphone : Jour(s) de passage(s) : L M M J V S D

● Bénéficiez-vous de l'APA? oui non Si oui, n° de dossier :

● Bénéficiez-vous de soins infirmiers à domicile ? oui non

Si oui, nom du service :

 Adresse :

 Téléphone : Jour(s) de passage(s) : L M M J V S D

● Bénéficiez-vous d'autres services à domicile (portage de repas, téléalarme, visites associatives ?

oui non Si oui, nom du service :

 Adresse :

 Téléphone : Jour(s) de passage(s) : L M M J V S D

ABSENCES (renseigner les dates que vous connaissez déjà et si celles-ci changent, merci d'en informer le CCAS)

Du au et Du au

PERSONNE AYANT FAIT L'INSCRIPTION

Êtes-vous le bénéficiaire ? oui non Une autre personne ? oui non

Dans ce cas, ce formulaire ne peut être rempli qu'avec l'accord de la personne concernée.

Nom : Prénom : Qualité :

 Adresse :

 Téléphone :

Je certifie l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande. En cas de modification de ces informations, merci de nous contacter au 02 31 72 97 24.

Je suis informé(e) que cette inscription est facultative et que la radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande.

À démouville, le.....

Signature du ou des demandeur(s)