

NOM / PRENOM : .....

TELEPHONE : .....

ADRESSE : .....

.....

DATE DE NAISSANCE : .....

SITUATION FAMILIALE :       Isolé                       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 plus 65 ans
- En qualité de personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte
- En qualité de personne porteuse de handicap

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

Je déclare bénéficiaire de l'intervention :

**D'un service d'aide à domicile :**

Nom : ..... Téléphone : .....

**Visites :**       Lundi       Mardi       Mercredi       Jeudi       Vendredi  
 Samedi       Dimanche       Occasionnellement

**D'un service de soins infirmiers à domicile :**

Nom : ..... Téléphone : .....

**Visites :**       Lundi       Mardi       Mercredi       Jeudi       Vendredi  
 Samedi       Dimanche       Occasionnellement

**D'un autre service ou d'un proche:**

Nom : ..... Téléphone : .....

**Visites :**       Lundi       Mardi       Mercredi       Jeudi       Vendredi  
 Samedi       Dimanche       Occasionnellement

**D'aucun passage**

Par quels moyens vous déplacez-vous habituellement ?

- Seul(e) en voiture     En bus     A pied     Avec une personne véhiculée     Taxi

**PERSONNES DE VOTRE ENTOURAGE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE**

1- NOM / PRENOM :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE :

2- NOM / PRENOM :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE :

**SI LE BULLETIN EST REMPLI PAR UN TIERS, VEUILLEZ PRÉCISER VOS COORDONNÉES :**

NOM / PRENOM :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE :

**Agissant en qualité de :**

- Représentant légal                       Médecin traitant                       Autre (préciser) :  
 Service d'aide à domicile ou service infirmier à domicile

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 .....Le.....

Signature obligatoire

**Formulaire à retourner au CCAS de Francheville, 1 rue du Temps des Cerises 69340 Francheville**

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