

**FORMULAIRE D’INSCRIPTION 2023 - 2024**

**Registre nominatif du Plan d’Alerte et d’Urgence**

*Pour faciliter l’assistance des personnes vulnérables*

*(Canicules, épidémies, risques exceptionnels climatiques, etc… )*

*□* ***Je vis seul(e)***

*□* ***Je vis en couple***

***NOM, Prénom****:……………………………………………………*

*Né(e) le :………………………………………
A :……………………………………………………*

***Conjoint****:*

***Nom, Prénom****: ………………………………………………….*

*Né(e) le :………………………………………
A :……………………………………………………*

***ADRESSE PRECISE*** *(préciser l’étage, n° immeuble si besoin, code porte d’entrée portail) :*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

***Téléphone****:………………………………………..Adresse Mail :………………………………*

*Sollicite mon inscription sur le registre des personnes à contacter et à aider, en cas de déclenchement du plan d’alerte et d’urgence (plan canicule…) par la Préfecture, consécutif à une situation de risques exceptionnels, climatiques ou autres.*

***□* En ma qualité de personne reconnue adulte handicapée et bénéficiant soit de l’AAH et/ou ACTP, PCH, invalidité…)**

***□* En ma qualité de personne** **âgées de plus de 65 ans**

**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 au CCAS, du fait que ce registre nominatif n’est jamais clos.**

**Médecin traitant à prévenir en cas d’urgence :**

*Nom :…………………………Prénom :……………………
Adresse :…………………………………………………………………………………………………………Téléphone :……………………………………*

**Enfants/Amis/Voisins/Personne de confiance à prévenir en cas d’urgence :**

*Nom :……………………….Prénom :…………………….
Lien de parenté avec vous……………………*

*Adresse :…………………………………………………………………………………………………………..
Téléphone :………………………………………*

**Services, Associations ou infirmiers intervenants à votre domicile :**

*Intitulé du service :……………………………………….
Adresse :………………………………………….*

*………………………………………………………………..
Téléphone :………………………………………*

*Nom et qualité de la tierce personne ayant effectué la demande (représentant légal, parent, voisin, médecin traitant, service…) ………………………………………………………………………….*

*………………………………………………………………………………………………………………………*

**Fait à :**

**Le :*****Signature :***

***CCAS- Maison de l’accueil et de la solidarité – rue Edouard Watrelot*** *–* ***59175 TEMPLEMARS***

***Tél : 03.20.16.09.59 Courriel****:* ***ccas.templemars@orange.fr***

*Toutes les données recueillies par ce formulaire sont facultatives. Elles font l’objet d’un traitement informatique uniquement destiné à aider les pouvoirs publics dans la mise en place d’un dispositif d’alerte ponctuelle au bénéfice de la population fragile et l’organisation des secours déclenchés en cas de nécessité.*