



VILLE DE COMMUNAY

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE CANICULE - 2020

Prévu à l'article L. 121-6-1 du code de l'action sociale et des familles

Bulletin à remplir en LETTRES MAJUSCULES, soit :

- Par la personne âgée ou handicapée,
- Par un tiers (représentant légal, intervenant médico-social, entourage, parent, ami).

ET A RETOURNER RAPIDEMENT à : MAIRIE DE COMMUNAY - CCAS
Rue du Sillon
69360 COMMUNAY

1- IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE

M. Mme Mlle

NOM : PRÉNOM(S) :

NÉ(E) LE : à

ADRESSE :

TÉLÉPHONE :

SITUATION FAMILIALE : isolé(e) 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 65 ans et plus
- en qualité de personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail
- en qualité de personne handicapée

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.

2- RÉFÉRENCES DU SERVICE MÉDICAL OU SOCIAL INTERVENANT A VOTRE DOMICILE OU EN CONTACT AVEC VOUS

Je déclare bénéficiaire de l'intervention :

- d'un service d'aide à domicile

Intitulé du service :

Adresse:

Téléphone :

- d'un service de soins infirmiers à domicile

Intitulé du service :

Adresse:

Téléphone :

- d'un autre service

Intitulé du service :

Adresse :

Téléphone :

- d'aucun service à domicile

3- PERSONNES DE VOTRE ENTOURAGE A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM / Prénom(s) :
Adresse :
Téléphone :

NOM / Prénom(s) :
Adresse :
Téléphone :

4- MENTION DE VOS PÉRIODES D'ABSENCE ENTRE LE 1ER JUIN ET LE 15 SEPTEMBRE 2020

Absences en juin :
Absences en juillet :
Absences en août :
Absences en septembre :

IMPORTANT - Veuillez préciser les dates de vos absences prévues entre la date de votre inscription sur le registre et le 15 septembre 2020. Si ces dates changent, nous vous remercions de nous le signaler en appelant la Mairie : 04 72 49 80 60

5- SI CE BULLETIN EST REMPLI PAR UN TIERS, VEUILLEZ PRÉCISER VOS COORDONNÉES

M. Mme Mlle
Nom : Prénom :
Adresse :
Téléphone :

Agissant en qualité de :

- Représentant légal
 Service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile
 Médecin traitant
 Autre : (Merci de le préciser)

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.

Fait à le

Signature obligatoire

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 Communay, 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.