

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

*Inscription au Registre nominatif des personnes âgées et des personnes handicapées à intégrer dans le plan d'alerte et d'urgence départemental en cas de risques exceptionnels.*

**ATTENTION** : Je suis informé :

- 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 au CCAS 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.

### Personne(s) à inscrire

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Téléphone (obligatoire) : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_  
 Vit : Seule  En couple  autres (préciser) \_\_\_\_\_

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.

- Personne âgée de 65 ans et plus
- Personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail
- Personne adulte handicapée

**Personnes de mon entourage à prévenir en cas d'urgence (obligatoire de référencer au moins une personne):**

**Personne 1** : Nom /Prénoms : \_\_\_\_\_ Lien parenté : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe (obligatoire) : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

**Personne 1** : Nom /Prénoms : \_\_\_\_\_ Lien parenté : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe (obligatoire) : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

**Je déclare bénéficiaire :**

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 : \_\_\_\_\_

Du service de portage de repas à domicile de la commune : \_\_\_\_\_

D'un autre service intitulé du service : \_\_\_\_\_

Adresse / téléphone : \_\_\_\_\_

D'aucun service à domicile

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 :**

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

Médecin traitant       autre : \_\_\_\_\_ (préciser)

A Gerzat, le

Signature