

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 2 : 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