



## FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF DES PERSONNES VULNERABLES Plan Canicule / Grand Froid

(Prévu à l'article L.121-6-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles)

**A RETOURNER : C.C.A.S. - Place de la République - 18400 SAINT-FLORENT-SUR-CHER**

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

### IDENTIFICATION DE LA PERSONNE VULNERABLE

NOM et prénom	
Adresse	
Téléphone(s)	
Date et lieu de naissance	

Vivez-vous	<input type="checkbox"/> seul(e) <input type="checkbox"/> en couple <input type="checkbox"/> avec une tierce personne (enfant,...) Précisez :
Allez-vous au Club ?	Quels jours : Quelles heures :
Partez-vous en vacances	
Autres informations (animaux,...)	

### PERSONNE(S) A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM et prénom	
Qualité	<input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> parent <input type="checkbox"/> ami <input type="checkbox"/> voisin <input type="checkbox"/> autre (préciser) :
N° de téléphone	
Adresse	

NOM et prénom	
Qualité	<input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> parent <input type="checkbox"/> ami <input type="checkbox"/> voisin <input type="checkbox"/> autre (préciser) :
N° de téléphone	
Adresse	

### MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

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

## PRESTATIONS A DOMICILE

PRESTATIONS	ORGANISME / ADRESSE	TELEPHONE	JOURS ET HEURES D'INTERVENTION
Aide-ménagère			
Soins infirmiers à domicile			
Portage des repas			
Autre (téléassistance,...)			

## VISITES

Recevez-vous de la visite ?     oui     non

A quelle fréquence ? \_\_\_\_\_

## SI VOUS REMPLISSEZ CE FORMULAIRE POUR LE BENEFICIAIRE (Merci de compléter ci-dessous)

NOM et prénom	
Qualité	<input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> parent <input type="checkbox"/> ami <input type="checkbox"/> voisin <input type="checkbox"/> autre Préciser :
Numéro(s) de téléphone	
Adresse	

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 du C.C.A.S. toute modification concernant ma situation, aux fins de mettre à jour les données permettant de me contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.

De plus, cette inscription n'est pas à renouveler chaque année et la radiation peut s'effectuer sur simple demande.

Date :

Signature :