

## PLAN CANICULE

Chaque année, la Ville de LA CRÈCHE effectue, du 1<sup>er</sup> juin au 31 août, une veille auprès des habitants de la Commune qui souhaitent être suivis en cas de canicule. Si vous souhaitez vous faire connaître, merci de remplir ce formulaire (qui servira également pour le plan « grand froid ») et de le renvoyer en Mairie.

### Formulaire d'inscription à l'annuaire opérationnel établi dans le cadre du Plan Communal de Sauvegarde (P.C.S)

Dispositif permanent et général d'alerte à la population Prévu par le décret n° 2005-1156 en date du 13 septembre 2005 pour appliquer la loi n° 2004-811 en date du 13 août 2004 relative à la modernisation de la sécurité civile.

#### JE SOUSSIGNÉ (E) :

NOM : .....Prénom : .....

Né(e) le : ..... Tél : ...../...../...../...../.....

Adresse.....

**SOLLICITE** l'inscription à l'annuaire opérationnel des personnes à contacter en cas du déclenchement du Plan Communal de Sauvegarde (P.C.S), en qualité de : *(cochez la case correspondante)*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> personne de 70 ans et plus                               | <input type="checkbox"/> personne de plus de 60 ans reconnue inapte au travail |
| <input type="checkbox"/> personne handicapée                                      | <input type="checkbox"/> habitant la Commune de LA CRÈCHE                      |
| <input type="checkbox"/> personne fragile pour d'autres raisons, précisez : ..... |  |

#### J'ATTESTE ÊTRE : *(cochez la ou les cases correspondantes)*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> sous assistance respiratoire             | <input type="checkbox"/> personne à mobilité réduite   |
| <input type="checkbox"/> sous assistance d'un appareil électrique | <input type="checkbox"/> sous dialyse                  |
| <input type="checkbox"/> personne isolée                          | <input type="checkbox"/> personne immobilisée (alitée) |
| <input type="checkbox"/> personne malade                          | <input type="checkbox"/> autre, précisez : .....       |

#### Coordonnées du médecin traitant :

NOM : .....Prénom : .....

Adresse : .....

Tél : ...../...../...../...../.....

**JE CONSENS** à ce que les données relatives à mon état de santé soient enregistrées dans l'annuaire opérationnel des personnes à contacter en cas de déclenchement du Plan Communal de Sauvegarde (P.C.S).

Fait à ....., le.....

Signature,

Accessibilité du logement :  plein pied  étage, précisez : .....

Moyen de locomotion :  OUI  NON

**JE CERTIFIE** bénéficiaire : *(cochez la ou les cases correspondantes)*

**d'un service d'aide à domicile**

Intitulé du service : .....

Adresse : ..... Code postal : ..... Ville : .....

Tél : ...../...../...../...../.....

**d'un service de soins infirmiers à domicile**

Intitulé du service : .....

Adresse : ..... Code postal : ..... Ville : .....

Tél : ...../...../...../...../.....

**d'un autre service (portage des repas à domicile, télé-alarme ...)**

Intitulé du service : .....

Adresse : ..... Code postal : ..... Ville : .....

Tél : ...../...../...../...../.....

**Personne(s) de l'entourage à prévenir en cas d'urgence :**

NOM : ..... NOM : .....

Prénom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... Adresse : .....

Tél : ...../...../...../...../..... Tél : ...../...../...../...../.....

Lien avec vous : ..... Lien avec vous : .....

**JE SOUSSIGNÉ(E)**, Madame, Monsieur, .....

**ATTESTE** avoir été informé(e) que :

- l'inscription à l'annuaire opérationnel n'est soumise à aucune obligation et que chaque renseignement de ce questionnaire est facultatif,
- les informations recueillies seront transmises à la Commune de LA CRÈCHE dans le cadre du Plan Communal de Sauvegarde (P.C.S), dispositif permanent et général d'alerte à la population,
- cette fiche de renseignements a pour vocation d'aider les services publics mobilisés à me porter assistance en cas de nécessité.

Fait à ....., le .....

Signature,