

REPERAGE MUNICIPAL DES PERSONNES VULNERABLES AU RISQUE CANICULE FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION

Je soussigné(e) :

Nom et Prénom :

né(e) le :

Situation de famille : marié - vie maritale - séparé - divorcé - veuf

Adresse :31470 FONTENILLES

Téléphone : 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.

Vous recevez régulièrement de la visite : OUI - NON

Si oui, à quelle fréquence :

Personnes vous rendant visite :

Moins de 2 fois par semaine Famille

Au moins 2 fois par semaine Voisins/ Amis

Je déclare bénéficiaire de l'intervention

- D'un service d'aide à domicile
téléphone.....
De la téléassistance.....
- D'un service de soins infirmiers à domicile
Intitulé du service.....
Téléphone

- D'un autre service (portage de repas, kinésithérapeute...)
Intitulé du service.....
Téléphone
- Médecin traitant :
Nom-Prénom :
Adresse :
Téléphone :
- Personne(s) de mon entourage à prévenir en cas d'urgence :
Nom-Prénom :
Adresse :
Téléphone :
Précisez le lien (parents/amis/voisins...) :

Merci de nous indiquer vos dates d'absences prévues sur la période du 01/06 au 31/08 :
JUN JUILLET AOÛT

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 en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.

Fait à,

Le

Signature :

