

Formulaire d'inscription sur le registre nominatif confidentiel personnes à risque

(Prévu par la loi N°2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, articles R121-2 à R121-12 du code de l'action sociale et des familles)

Géré par le Centre Communal d'Action Social (CCAS)
Hôtel de Ville Place Général de Gaulle 78340 Les Clayes-sous-Bois Tel : 01 30 79 39 39
ccas@lesclayessousbois.fr

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.

IDENTITE *

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code Interphone : Numéro Appartement – Etage :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse courriel :

Je suis informé(e) que cette inscription est facultative, sans limite dans le temps, et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de ma part. Je sollicite mon inscription au registre des personnes en cas d'alerte et d'urgence consécutif à une situation de risques exceptionnels, climatiques ou autres :

- En qualité de personne âgée de 65 ans et plus
- En qualité de personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail
- En qualité de personne adulte handicapée

SITUATION

Vous vivez : Seul(e) En Couple En Famille Autre(précisez)

Vous recevez régulièrement de la visite : OUI NON

- Si oui à quelle fréquence :
 - Une fois par semaine
 - Deux fois ou plus par semaine
- Personnes vous rendant visite
 - Famille
 - Voisins / Amis

(*) Les réponses à cette rubrique permettant l'identification du bénéficiaire sont obligatoires

Formulaire d'inscription sur le registre nominatif confidentiel personnes à risque

(Prévu par la loi N°2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, articles R121-2 à R121-12 du code de l'action sociale et des familles)

Je déclare bénéficiaire de l'intervention

- D'aucun service à domicile**
- D'un service d'aide à domicile**
Intitulé du service :
Téléphone :
- D'un service de soins infirmiers à domicile**
Intitulé du service :
Téléphone :
- D'un autre service**
Intitulé du service :
Téléphone :
- De la téléassistance**

Si oui, merci de préciser :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Soins Infirmiers							
Aide à domicile							
Portage de Repas							
Kinésithérapeute							
Autres :							

Médecin traitant :

Nom :

Adresse :

Téléphone fixe :

Personne(s) de mon entourage à prévenir en cas de besoin et dès le déclenchement du niveau de vigilance orange :

Nom /Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Précisez le lien (parent / ami / voisin...) :

Formulaire d'inscription sur le registre nominatif confidentiel personnes à risque

(Prévu par la loi N°2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, articles R121-2 à R121-12 du code de l'action sociale et des familles)

Nom / Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Précisez le lien (parent / ami / voisin...) :

Merci de nous indiquer les dates d'absence prévues pour la personne inscrite

Novembre	
Décembre	
Janvier	
Février	
Mars	
Juin	
Juillet	
Août	
Septembre	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande.

Je suis informé(e) que cette inscription au registre est sans limite dans le temps et qu'il m'appartient de signaler au Centre Communal d'Action Sociale 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 (exemple: déménagement, changement de numéro de téléphone...)

Fait à:, le.....

Signature du demandeur

ou de la tierce personne

DOSSIER A RETOURNER AU : CCAS

Inscription sur le registre des personnes à risques dans le cadre du

« **Plan Canicule- Grand Froid – Risque Pandémie** »

Hôtel de Ville Place General de Gaulle 78340 Les Clayes-sous-Bois

Ou à envoyer par courriel : ccas@lesclayessousbois.fr

**POUR M'AIDER A COMPLETER CE FORMULAIRE OU AVOIR DES INFORMATIONS
COMPLEMENTAIRES AU :**

CCAS Tel : 01 30 79 39 20 ou ccas@lesclayessousbois.fr