

FORMULAIRE D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE

En vous inscrivant sur le **Registre nominatif des Personnes Vulnérables**, vous acceptez d'être inscrit sur un fichier confidentiel ¹ tenu par le Centre Communal d'Action Sociale. Cette démarche est volontaire et facultative. Elle s'adresse aux personnes fragiles et/ou isolées résidant à leur domicile.

En cas de déclenchement du Plan Canicule par le Préfet, les services municipaux vous contacteront par téléphone tous les matins entre **9h00 et 11h30** pour s'assurer que vous allez bien. Vous vous engagez donc à rester joignable chaque matin pendant toute la durée du déclenchement et/ou nous signaler tout changement de situation.

Sachez qu'en cas de non réponse aux appels téléphoniques répétés, la Ville sollicitera la Police Municipale pour une enquête de voisinage et envisager une ouverture forcée de la porte d'entrée (**à votre charge**).

IDENTITE

Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse : Code Étage.....

Téléphone fixe : ... /... /... /... /... Téléphone portable : ... /... /... /... /...

SITUATION PERSONNELLE

Etes-vous une personne :

Personne âgée de 65 ans et plus Adulte handicapé Personne de plus de 60 ans et inapte au travail

Vivez-vous seul(e) à votre domicile ? oui non

Disposez-vous de la téléalarme ? oui non Nom de l'organisme

Disposez-vous du portage des repas ? oui non Nom de l'organisme

Mode de déplacement dans le domicile :

Seul.e canne fauteuil roulant déambulateur immobilisé.e

PERIODES D'ABSENCES PREVUES

Entre le 1er juin et le 31 août 2018 :

Je m'engage à communiquer au CCAS par écrit les jours d'absence de mon domicile, non indiqués ci-dessus.

CONTACTS / Personne(s) à prévenir en cas d'urgence (parent, ami, voisin, tuteur...)

Nom et prénom :

Téléphone fixe : .../.../.../.../... Téléphone portable : .../.../.../.../...

Possède-t-elle les clés de chez vous ? oui non

Nom et prénom :

Téléphone fixe : .../.../.../.../... Téléphone portable : .../.../.../.../...

Possède-t-elle les clés de chez vous ? oui non

MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom : Dr.....

Téléphone fixe : .../.../.../.../... Téléphone portable : .../.../.../.../...

ORGANISME (service d'aide à domicile, de soins, de portage de repas...)

Nom de l'organisme.....

Téléphone fixe : .../.../.../.../...

Fréquence des visites à domicile :fois par semaine

Possède-t-il les clés de chez vous ? oui non

Nom de l'organisme.....

Téléphone fixe : .../.../.../.../...

Fréquence des visites à domicile :fois par semaine

Possède-t-il les clés de chez vous ? oui non

Date : .../.../... Signature :

Merci de renvoyer ou de déposer ce formulaire dûment rempli au
CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE – SERVICE BEL AGE
10 place Charles Digeon 94165 SAINT MANDÉ CEDEX

¹ Conformément à la loi 7817 du 6 janvier 1978 relative à l'information aux fichiers et aux libertés, les informations figurant sur ce document sont confidentielles et font l'objet d'un droit d'accès.