

***CENTRE COMMUNAL D’ACTION SOCIALE DE GRABELS* – *Tél. 04 67 10 41 12***

FICHE D’INSCRIPTION AU PLAN D’ALERTE ET D’URGENCE DEPARTEMENTAL EN CAS DE RISQUES EXCEPTIONNELS

Conformément à la réglementation en vigueur dans le cadre du plan d’alerte et d’urgence départemental en cas de risques exceptionnels, le C.C.A.S. de la ville de Grabels a pour mission de recenser sur le territoire de la commune les personnes de plus de 65 ans (60 ans si inaptitude au travail) et les personnes adultes handicapées, fragiles ou isolées qui pourraient se trouver en difficulté en cas de risques exceptionnels : canicule, grand froid, inondations ….

**Si vous souhaitez vous inscrire sur le registre ouvert à cet effet ou nous signaler une personne de votre entourage, veuillez nous retourner cet imprimé après l’avoir complété.**

Ce recensement est une démarche volontaire et facultative qui permettra, en cas de déclenchement de l’alerte par la Préfecture, de maintenir un contact régulier avec les personnes inscrites.

**Demande à transmettre au C.C.A.S. de Grabels : 1 place Jean Jaurès - 34790 GRABELS**

**Par courrier ou par mail : ccas.grabels@wanadoo.fr**

**Je soussigné(e), déclare vouloir être inscrit(e) sur la liste des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan d’alerte et d’urgence départemental en cas de risques exceptionnels.**

**NOM :……………………………………...**

**Prénom :…………………………………....**

**Date de naissance :………………………....**

**Adresse : ………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………..**

**Tél. fixe : …………………………… …….. Tél. Portable :……………………………………..**

**Mail : …………………………………………………………………………………….**

**Situation familiale : ………………………………………………………………………………...**

**La demande est déposée au titre de** :

Personne en situation de handicap

Personne âgée de 65 ans et plus (ou 60 ans en cas d’inaptitude reconnue au travail)

**Personne(s) à prévenir en cas d’urgence** :

NOM Prénom - N° de téléphone -  Qualité (enfant, parent, voisin, ami)

…………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………. .

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………..

**Nom et coordonnées du service d’aide à domicile :** …………………………………………………………………………………………………………………….

**Nom et coordonnées du médecin traitant :**

……………………………………………………………………………………………………………………

**Nom et coordonnées du service infirmier :** ……………………………………………………………………………. ……………………………………..

**Etes-vous équipé d’un dispositif de téléalarme** : OUI - NON

**Etes-vous bénéficiaire de l’APA :** OUI - NON

**Etes-vous bénéficiaire de l’AAH :** OUI - NON

**Le cas échéant, coordonnées de la tierce personne qui fait cette demande d’inscription - avec l’accord de la personne concernée**

NOM………………………………………Prénom :………………………………………….

Qualité :……………………………………

N° de téléphone :…………………………..

Adresse :……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………….

**Commentaires ou informations que vous souhaitez nous communiquer** : ………………………………………………………………………………………………………………..…...……………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………...

**Périodes auxquelles vous avez prévu de vous absenter** :

Juin 2021 Du…………………………Au…………………………………

Juillet 2021 Du…………………………Au…………………………………

Août 2021 Du…………………………Au…………………………………

J’autorise le C.C.A.S. à intégrer les informations de ce document au fichier des personnes à contacter.

L’intéressé peut consulter et modifier ces données en s’adressant au C.C.A.S..

La radiation du registre peut être réalisée à la demande de l’intéressé ou en cas de départ définitif de la commune.

Fait à …………………… le :… ……………… Signature