

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 : accueil@ccas-grabels.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 :

Vivez-vous seul(e) ? ----- OUI – NON
Avez-vous des appels réguliers de vos proches : ----- OUI – NON
Etes-vous équipé d'une climatisation dans votre logement ? ----- OUI – NON

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 :

.....

Bénéficiez-vous de :

- Télé alarme : OUI - NON
- Aide APA/Département : OUI - NON
- Aide AAH/Département : OUI - NON
- Portage de repas : 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 2026 Du.....Au.....

Juillet 2026 Du.....Au.....

Août 2026 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

