*Centre Communal d’Action Sociale*

*Pôle Solidarité - Vinciane CHOQUIN*

*2 place de l’église 69260*

*✆ 04 78 19 80 06*

*@* [*vchoquin@charbonniereslesbains.com*](mailto:vchoquin@charbonniereslesbains.com)

FORMULAIRE DE DEMANDE D’INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF

(PLAN D’ALERTE ET D’URGENCE CANICULE)

**Je soussigné(e)**

|  |
| --- |
|  Monsieur  Madame  Nom : ............................................................................... Prénom : ....................................................  Né(e) le : \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ à : ................................................................................................  Téléphone : ………………………………………………………………………  Adresse : .......................................................................................................................................................  Vivez-vous : seul(e) 🞎 en couple 🞎  Sollicite mon inscription sur le registre communal des personnes à contacter en cas de déclenchement du « Plan canicule » par la Préfecture.   * 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 handicapée * souffrant de maladie(s) chronique(s) |

**Je déclare bénéficier de l’intervention :**

* d’un service d’aide à domicile :

Intitulé du service : ..............................................................................................................................

Adresse : ..................................................................................................................................................

Téléphone : ………………………………………………………………………

* d’un service de soins infirmiers à domicile :

Intitulé du service : ..............................................................................................................................

Adresse : ..................................................................................................................................................

Téléphone : ………………………………………………………………………

* d’un autre service à domicile :

Intitulé du service : ..............................................................................................................................

Adresse : ..................................................................................................................................................

Téléphone : ………………………………………………………………………

* d’aucun service à domicile

Souhaitez-vous des visites à domicile pour rompre l’isolement : 🞎 oui 🞎 non

**Coordonnées de votre médecin traitant (facultatif)** : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

Nom : ............................................................................... Prénom : .........................................................................

Adresse : .......................................................................................................................................................

Téléphone : ……………………………………………………………………

Nom : ............................................................................... Prénom : .........................................................

Adresse : ....................................................................................................................................................................

Téléphone : ………………………………………………………………………

**Absence de votre domicile pendant la période estivale (veuillez préciser les dates) :** .......................................................................................................................................................

**Si la demande d’inscription est formulée par un tiers :**

Nom : ............................................................................... Prénom : .........................................................................

Adresse : ...........................................................................................................................................................................

Téléphone ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Lien avec le/la bénéficiaire (parenté, représentant légal, ami ou proche…) ………………………………….

J’accepte d’être inscrit(e) dans un fichier informatique tenu de façon confidentielle par le CCAS « Pôle solidarité » de la v ille Charbonnières-Les-Bains. J’accepte de communiquer toute modification me concernant postérieure à mon inscription. J’ai bien noté que je peux demander à tout moment ma radiation de ce fichier.

À .................................................................. , Le \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature