

INSCRIPTION AU REGISTRE DES BÉNÉFICIAIRES DU PLAN D'ALERTE ET D'URGENCE (canicule, crise sanitaire, grand froid, inondation, etc.)

Ce registre est ouvert pour aider les personnes fragiles et/ou isolées en cas de risques exceptionnels. Il est destiné aux personnes âgées de 65 ans et plus résidant à leur domicile, aux personnes âgées de plus de 60 ans reconnues inaptes au travail résidant à leur domicile et aux personnes majeures en situation de handicap résidant à leur domicile. Le plan d'alerte et d'urgence instauré dans chaque département est déclenché par le Préfet et vise à apporter rapidement soutien et assistance aux personnes les plus vulnérables.

Dans ce cadre, le maire de chaque commune est chargé de recenser les personnes vulnérables, sur la base du volontariat, et de tenir à jour tout au long de l'année, un registre nominatif confidentiel des personnes vulnérables (décret n°2004-926 du 01/09/2004).

Le CCAS de la Ville de Saint Jean de la Ruelle s'engage à :

- ▶ vous contacter régulièrement afin de s'assurer de votre bien-être,
- ▶ en cas de non réponse nous sommes tenus de prévenir la Police Municipale ou les Services de Secours qui se déplaceront systématiquement à votre domicile.

Bulletin d'inscription

(validité du 1^{er} juin 2024 au 31 mai 2025)

Je soussigné-e

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Mail :

Me considère comme personne isolée non entourée de famille, amis, voisins, qui soient proches de mon domicile

en qualité de personne âgée de 65 ans et plus,

en qualité de personne en situation de handicap

Vous vivez seul-e :

Recevez-vous régulièrement une visite : oui non

Combien de fois par semaine :



Avez-vous près de vous ?

De la famille : oui non Des amis : oui non Des voisins : oui non

Un curateur : oui non

Si oui, notez nom-s et prénom-s et n° téléphone des personnes à contacter en cas d'urgence

Nom - Prénom :

N° Tél. : Qualité* :

Adresse :

Nom - Prénom :

N° Tél. : Qualité* :

Adresse :

Nom - Prénom :

N° Tél. : Qualité* :

Adresse :

*qualité (enfant, ami, voisin)

Votre médecin :

Nom - Prénom :

N° Tél. :

Bénéficiez-vous d'un service intervenant à domicile :

Portage de repas à domicile : oui non « Aide à domicile Société » : oui non

Coordonnées de l'Association :

Autres intervenants (ex : infirmière, kiné, ...)

Si oui lequel : Nom - Prénom : Tél. :

Si oui lequel : Nom - Prénom : Tél. :

Un système de télé surveillance : oui non

Avez-vous une pièce rafraichie au sein de votre domicile : oui non

Merci de signaler vos absences en appelant le Centre Communal d'Action Sociale
Pôle Autonomie et Santé au numéro suivant : Tél : 02 38 79 58 30

Date : _____

Signature :

RETOURNER CETTE FICHE AU CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE - Pôle Autonomie et Santé
Tél : 02 38 79 58 30 - 71 rue Charles Beauhaire – 45140 Saint Jean de la Ruelle

* Toutes ces données sont strictement confidentielles. Elles feront l'objet d'un traitement informatisé par les services municipaux. Vous pouvez, sur demande écrite adressé au pôle autonomie et santé, exercer vos droits d'accès, de rectification et de suppression des informations vous concernant conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978.