

Prévention Risques Naturels



Cyclone, Inondation, Canicule, Séisme

**Vous êtes en situation d'isolement ?
Vous connaissez une personne dans ce cas ?**

Personnes âgées - Personnes fragilisées - Personnes en situation de handicap

Inscrivez-VOUS sur le registre du Centre Communal d'Action Sociale de Petit-Canal afin d'être pris en charge lors des périodes à risques naturels.

Un décret du 1^{er} septembre 2004 charge les maires de constituer et de tenir à jour tout au long de l'année un registre nominatif des personnes âgées, fragilisées et des personnes en situation de handicap vivant à domicile, ceci en prévention de risques climatiques exceptionnels.

L'inscription facultative peut-être faite par vous-même, par l'un de vos proches, voisins, personnels de santé, etc.

Si vous souhaitez vous inscrire ou inscrire un proche pour être contacté en cas d'alerte, remplissez le formulaire au recto et déposez-le au CCAS. Vous pouvez également nous l'adresser par courriel.



InfoLine
CCAS

CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE DE PETIT-CANAL

0590 22 64 45

ccas@villepetitcanal.fr



Formulaire d'inscription

ATTENTION : Je suis informé(e) :

- Que cette inscription est facultative et qu'une demande de radiation peut-être effectuée à tout moment sur simple demande.
- Qu'il m'appartient de signaler aux services municipaux toute modification concernant ces informations aux fins de mettre à jour les données permettant de me contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.

PERSONNE À INSCRIRE

NOM : **PRÉNOMS:**

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE:

TÉLÉPHONE FIXE : **PORTABLE :**

PERSONNE DE CONFIANCE

PERSONNE DE L'ENTOURAGE (FAMILLE, AMIS, VOISINS)

NOM : **PRÉNOMS:**

E-MAIL: **TÉLÉPHONE:**

SI PROFESSIONNEL DE SANTE, FONCTION :

INTITULÉ DU SERVICE :

ADRESSE / TÉLÉPHONE:

QUALITÉ DE LA PERSONNE À INSCRIRE

- PERSONNE ÂGÉE DE 65 ANS ET PLUS
- PERSONNE ÂGÉE DE PLUS DE 60 ANS, RECONNUE INAPTE AU TRAVAIL
- PERSONNE ADULTE HANDICAPÉE

OU

INSCRIPTION FAITE EN NOM PROPRE

INSCRIPTION FAITE PAR UN TIERS, REMPLIR LES INFORMATIONS SUIVANTES :

JE SOUSSIGNÉ(E) NOM : **PRÉNOM :**

AGISSANT EN QUALITÉ DE : REPRÉSENTANT LÉGAL MÉDECIN TRAITANT

SERVICE D'AIDE À DOMICILE OU DE SOINS INFIRMIERS

AUTRES (PRÉCISEZ) :

J'ATTESTE SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE DES INFORMATIONS COMMUNIQUÉES DANS LA PRÉSENTE DEMANDE

FAIT À : **LE** / /

SIGNATURE