

FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE RÉINSCRIPTION OU DE RADIATION

REGISTRE NOMINATIF DES PERSONNES AGÉES
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES, FRAGILES, ISOLÉES

PLAN D'ALERTE ET D'URGENCE DÉPARTEMENTAL RISQUES EXCEPTIONNELS

Par la présente je demande mon inscription, ma réinscription sur le registre des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence consécutif à une situation de risques exceptionnels, climatiques ou autres, ou ma radiation de ce registre.

Je suis informé(e) que cette inscription est facultative et qu'une demande de radiation peut être effectuée à tout moment par simple courrier.

Formulaire à remplir en LETTRES MAJUSCULES

Informations à fournir obligatoirement

PERSONNE(S) A INSCRIRE

MONSIEUR

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

Vous êtes :

Personne âgée de 65 ans et plus

Personne âgée de plus de 60 ans
reconnue inapte au travail

Personne adulte handicapée

MADAME

NOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

Vous êtes :

Personne âgée de 65 ans et plus

Personne âgée de plus de 60 ans
reconnue inapte au travail

Personne adulte handicapée

Adresse :

Bât., étage, n° appartement :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Je demande mon inscription sur le registre nominatif du plan d'alerte et d'urgence. Je complète le reste du formulaire, je date et je signe.

Je demande ma réinscription sur le registre nominatif du plan d'alerte et d'urgence. Je complète le reste du formulaire, je date et je signe.

Je demande ma radiation du registre nominatif du plan d'alerte et d'urgence. Je date et je signe à la fin du formulaire.

Je demande mon inscription sur le registre nominatif du plan d'alerte et d'urgence. Je complète le reste du formulaire, je date et je signe

Je demande ma réinscription sur le registre nominatif du plan d'alerte et d'urgence. Je complète le reste du formulaire, je date et je signe.

Je demande ma radiation du registre nominatif du plan d'alerte et d'urgence. Je date et je signe à la fin du formulaire.

ABSENCES PREVUES DURANT LA PERIODE ESTIVALE

Du au :

Du au :

Absences non prévues à ce jour. Pour tout changement, veuillez informer l'accueil du CCAS
> au **03 88 71 48 40**

PERSONNES RÉFÉRENTES

- **Personnes de l'entourage (famille, amis, voisins...) à prévenir en cas d'urgence :**

PRIORITE 1 :

NOM :

PRENOM :

QUALITE (enfant, parent, voisin, ami...) :

.....

ADRESSE :

.....

TELEPHONE :

PRIORITE 2 :

NOM :

PRENOM :

QUALITE (enfant, parent, voisin, ami...) :

.....

ADRESSE :

.....

TELEPHONE :

• **Professionnel(s) intervenant à votre domicile :**

Service	OUI / NON	Coordonnées	Jours et horaires d'intervention
Portage de repas			
Aide-ménagère			
Télé-alarme			
Soins à domicile (SSIAD ou infirmière)			
Autres, précisez :			

• **Médecin traitant :**

NOM — Prénom :

Adresse / Téléphone :

ABSENCES DES PERSONNES RÉFÉRENTES

.....

.....

.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande.
Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler au C.C.A.S. toute modification concernant ces informations, afin qu'il puisse me contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.

Fait à, le

Signature(s) obligatoire(s) de la personne
ou des personnes inscrite(s) sur le registre :

A compléter et à retourner **Par mail : info@phalsbourg.fr**

Par courrier au : CCAS - Place d'Armes - 57370 PHALSBURG