
PLAN CANICULE
FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Je soussigné(e)

NOM

Prénom

Né(e) le

Adresse

Téléphone (obligatoire)

Portable

Adresse mail:

sollicite mon inscription sur le registre communal des personnes à contacter en cas de risque exceptionnel, climatique ou autre en qualité

decouple isolé

de personnes âgéesde 65 ans et plus

personne âgée de 65 ans et plus vivant seule

personne âgée de plus de 60 ans reconnue inapte au travail vivant seule

personne handicapée vivant seule

Médecin traitant:

NOM

Téléphone

Je bénéficie de l'intervention:

d'un service d'aide à domicile:

Intitulé du service

Adresse

Téléphone :

Jours d'intervention:

d'un service de soins infirmiers à domicile:

Intitulé du service

Adresse téléphone:

Jours d'intervention

d'un autre service:

Intitulé du service

Adresse

Téléphone

Jours d'intervention

Je ne bénéficie d'aucun service à domicile

OBLIGATOIRE

Personne à prévenir en cas d'urgence, cette personne ne devant pas vivre sous le même toit que vous.

Lien de parenté:

NOM

Prénom

Adresse

Téléphone (obligatoire)

Portable

Si vous vous absentez, merci de préciser les dates :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations transmises et suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler à la Commune de Châteauneuf de Gadagne toute modification. Cette inscription est facultative, ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de ma part. Je suis également informé(e) qu'en cas de non réponse aux appels effectués par les services communaux en cas de risques climatiques ou autres, ceux-ci peuvent faire appel aux services compétents qui lors de leur intervention pourront forcer ma porte d'entrée.

Fait à

Le

Signature