



# Plan canicule 2025

## Formulaire d'inscription des personnes « à risques » sur le registre de la commune

**Madame**

Nom : .....

Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance : .....

**Monsieur**

Nom : .....

Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance : .....

### Informations obligatoires

L'inscription est demandée au titre :  de personne en situation de handicap  de personne âgée

Adresse précise : .....

Détails (bâtiment, étage, N° appartement) : .....

Code d'entrée (le cas échéant) : .....

Type de logement :  Individuel  Collectif  Collectif avec gardien

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

### Données complémentaires

Date et durée envisagées d'absence du domicile : .....

| PERSONNES A CONTACTER         | PRIORITE 1 | PRIORITE 2 | PRIORITE 3 |
|-------------------------------|------------|------------|------------|
| NOM                           |            |            |            |
| PRÉNOM                        |            |            |            |
| QUALITÉ (enfant, voisin, ...) |            |            |            |
| Tel domicile                  |            |            |            |
| Tel portable                  |            |            |            |
| Adresse précise               |            |            |            |
| Dates absence juillet         |            |            |            |
| Dates absence août            |            |            |            |

**Contact et informations**

Samia Soltani, 04 76 92 34 34, [ccas@letouvet.com](mailto:ccas@letouvet.com)

**Prestations à domicile dont bénéficie la personne**

| PRESTATIONS                           | OUI/NON | COORDONNEES DU PRESTATAIRE | JOURS/HORAIRES D'INTERVENTIONS |
|---------------------------------------|---------|----------------------------|--------------------------------|
| PORTAGE DE REPAS                      |         |                            |                                |
| AIDE-MENAGERE                         |         |                            |                                |
| TÉLÉ-ALARME                           |         |                            |                                |
| SOINS A DOMICILE<br>(infirmières,...) |         |                            |                                |
| AUTRES , PRECISEZ :                   |         |                            |                                |

Nom et coordonnées du médecin traitant : .....

Autres informations que vous souhaitez nous communiquer : .....

Fréquentation de clubs ou autres structures – activités (précisez les jours et horaires) : .....

Vous vivez :  Seul(e)     En couple     En famille     Autre (précisez) :

**Mentions légales :**

J'autorise le CCAS à intégrer les informations de ce document au fichier des personnes à contacter.

J'atteste que j'ai pris connaissance du fait que je peux consulter et modifier ces données en m'adressant au CCAS et que la radiation du registre peut être réalisée à ma demande ou en cas de départ définitif de la Commune.

Date de la demande :

Signature :

Fiche à envoyer à : CCAS du Touvet - 04/76/92/34/34 - ccas@letouvet.com

**Contact et informations**

**Samia Soltani, 04 76 92 34 34, ccas@letouvet.com**