



FICHE D'INSCRIPTION AU REGISTRE NOMINATIF DU PLAN D'ALERTE ET D'URGENCE DEPARTEMENTAL EN CAS DE RISQUE EXEPTIONNEL

Conformément au Code d'action sociale et des familles (article L121-6-1) la commune de Châteauneuf sur Isère met à jour le registre nominatif qui servira, en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence départemental (exemple : canicule, inondation, neige...) à prendre contact avec vous, et définir vos besoins, si vous en faites la demande en remplissant ce coupon réponse.

Sont concernées :

- Les personnes âgées de 65 ans et plus
- Les personnes âgées de plus de 60 ans reconnues inaptes au travail
- Les personnes adultes handicapées résidant à leur domicile.

PERSONNE FRAGILE	Date de naissance :
NOM :	Adresse :
PRENOM :	Numéro téléphone :
	Adresse mail :
PERSONNE A PREVENIR	Adresse :
NOM :	Téléphone portable :
PRENOM :	Téléphone fixe :
Qualité : (fille, fils, neveu, voisin ...)	Adresse mail :

Prestations à domicile	OUI/NON	Coordonnées du Service
Portage des Repas		
Aide à domicile		
Télé alarme		
Soins infirmiers		

Je soussigné(e),

M.....

Atteste avoir été informé(e), en qualité de personne vulnérable, parents, tuteur, curatelle, ou représentant légal : (Préciser)

.....

- L'inscription au registre nominatif n'est soumise à aucune obligation et chaque renseignement est facultatif ;
- Cette fiche de renseignements a pour vocation d'aider les services publics mobilisés à me porter assistance en cas de nécessité.

Fait à

SIGNATURE

Le

SANTE	<p>AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupes ISO, Ressources)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Souffrez-vous d'une difficulté d'ordre :</p> <p><input type="checkbox"/> station debout pénible <input type="checkbox"/> � mobilité réduite</p> <p><input type="checkbox"/> fauteuil <input type="checkbox"/> déambulatoire <input type="checkbox"/> canne</p> <p>Capacité à comprendre : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Suivez-vous un traitement :</p> <p><input type="checkbox"/> allergique <input type="checkbox"/> autre</p> <p><input type="checkbox"/> particularité alimentaire :</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 10px;"></div> <p style="font-size: small; margin-top: 20px;"><i>Chaque renseignement de ce questionnaire est facultatif. Toutes les donn�es recueillies par ce formulaire sont trait�es uniquement afin d'aider les pouvoirs publics pour la mise en place d'un plan d'un dispositif d'alerte ponctuelle au bénéfice de la population fragile et l'organisation des secours déclenchés en cas de nécessité.</i></p>
Coordonnées médecin traitant	
NOM :	
Adresse du Cabinet :	
Téléphone	

Je consens à ce que **les donn es relatives à mon état de santé** soient enregistr es dans le « registre nominatif » des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence au profit des personnes âgées et des personnes handicap es en cas de risques exceptionnels.

Fait  

SIGNATURE

Le