

FICHE INSCRIPTION SUR LE REGISTRE PLAN CANICULE/GRAND FROID

*Pour tous renseignements sur la complétude de cette fiche, vous pouvez contacter
le CCAS de la ville de Malemort au 05-55-92-81-48*

Pour être inscrit(e) sur la liste préventivement établie, veuillez remplir les rubriques ci-après :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse : Ville :

Téléphone : Mail :

Le cas échéant, deuxième personne souhaitant s'inscrire :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

1. PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Lien de parenté :	Lien de parenté :
Téléphone portable :	Téléphone portable :

2. MEDECIN TRAITANT

Nom : Adresse :

Tél :

Souhaitez-vous nous faire part d'éventuelles problématiques de santé ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquelles ?.....

3. QUELS SONT LES ORGANISMES OU PERSONNES QUI INTERVIENNENT A VOTRE DOMICILE ?

Avez-vous la téléassistance ? (Cocher les cases Correspondantes) Oui ☐ Non ☐

Coordonnées de l'organisme ou la personne :

.....

Aide à domicile (Cocher les cases correspondantes) Oui ☐ Non ☐

Coordonnées de l'organisme ou la personne :

.....

Jour de visite : Lundi ☐ Mardi ☐ Mercredi ☐ Jeudi ☐ Vendredi ☐ Samedi ☐ Dimanche ☐

Aide-soignante/ infirmière (Cocher les cases correspondantes)

Oui ☐

Non ☐

Coordonnées de l'organisme ou la personne :

.....
Jour de visite : Lundi ☐ Mardi ☐ Mercredi ☐ Jeudi ☐ Vendredi ☐ Samedi ☐ Dimanche ☐

Portage des repas (Cocher les cases correspondantes)

Oui ☐

Non ☐

Coordonnées de l'organisme ou la personne :

Jour de visite : Lundi ☐ Mardi ☐ Mercredi ☐ Jeudi ☐ Vendredi ☐ Samedi ☐ Dimanche ☐

.....

Autres visites régulières par semaine (Cocher les cases correspondantes) Oui ☐ Non ☐

Préciser : amis ☐ enfants ☐ voisins ☐ autres ☐

Nombre de visites par semaine : 1 fois ☐ 2 à 3 fois ☐ 4 à 5 fois ☐ 6 à 7 fois ☐

4. INSCRIPTION (Cocher les cases correspondantes)

- ☐ Je souhaite être inscrit(e) sur le registre des plans canicule, grand froid

☐ J'atteste que les personnes à prévenir acceptent également d'être contactées

A Malemort, le/...../.....
Signature précédée de la mention manuscrite
« Lu et approuvé »

Ce document est à retourner complété soit :

- ❖ **au CCAS**
- ❖ **par voie postale : CCAS – Mairie de Malemort**
14,16 avenue Jean Jaurès CS 30055 – 19361 MALEMORT cedex
- ❖ **par mail : ccas@malemort.org**

Les informations recueillies feront l'objet d'un traitement informatique sous la responsabilité du Centre Communal d'Action Sociale de la Ville de Malemort afin de favoriser l'intervention des services sociaux et sanitaires, et notamment l'organisation d'un contact périodique, en cas de mise en œuvre du plan départemental d'alerte et d'urgence au profit des personnes âgées et handicapées en cas de risques exceptionnels.

Les données ainsi recueillies sont conservées tant que les personnes concernées résideront à Malemort ou jusqu'à radiation du registre à leur demande.

Elles peuvent accéder aux données les concernant et demander leur rectification si elles estiment qu'elles sont inexactes ou incomplètes.