FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION 2020

sur le registre nominatif, en cas de déclenchement du plan canicule

CANICULE, FORTES CHALEURS
ADOPTEZ LES BONS RÉFLEXES

Je soussigné(e) ☐ Monsieur ☐ Madame

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : |___|___| |___|___| |___|___|___|___|

Adresse précise (N° rue – N° de bâtiment – N° escalier – N° de logement)

_____

Digicode : _____ Téléphone : |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Sollicite mon inscription sur la liste des personnes à contacter en cas du déclenchement du plan canicule par la préfecture au titre de :

☐ personne âgée de 65 ans et plus

☐ personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail

☐ personne handicapée

Autres informations concernant l'intéressé

Nom de mon médecin traitant : _____

Adresse : _____

Téléphone : |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Je suis bénéficiaire de la télé alarme : ☐ OUI ☐ NON

Je bénéficie des services d'une aide ménagère : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Jours de passage : _____

Personnes à contacter en cas de nécessité

Nom & Prénom :	Adresse	Téléphone

En cas d'absence pendant la période d'alerte (du 1er juin au 31 août), merci de le préciser :

……

……

À Nanteuil le Haudouin Le ……/……/2020 Signature

PS : Si la demande est effectuée par un tiers, merci de préciser le nom et coordonnées au dos de ce document. ⇨

Demande d'inscription effectuée par un tiers

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Agissant en qualité de

- ☐ Représentant légal
- ☐ Service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile
- ☐ Médecin traitant
- ☐ Autre (préciser) : ……