

FORMULAIRE D'INSCRIPTION PLAN D'ALERTE ET D'URGENCE

Inscription au Registre nominatif des personnes âgées et des personnes handicapées à intégrer dans le plan d'alerte et d'urgence départemental en cas de risques exceptionnels.

Par la présente, je souhaite m'inscrire ou faire inscrire un proche sur le registre des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence consécutif à une situation de risques exceptionnels, climatiques ou autres.

ATTENTION : je suis informé(e) :

- que cette inscription ne concerne que les personnes vulnérables du fait de leur isolement
- que cette inscription est facultative et qu'une demande de radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande
- qu'il m'appartient de signaler aux services municipaux toute modification concernant ces informations, aux fins de mettre à jour les données permettant de me contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence

Personnes(s) à inscrire

Nom marital..... Prénom

Nom de jeune fille.....

Date de naissance

Adresse

Vit : seul(e) en couple autre, précisez.....

Téléphone (obligatoire)..... Portable.....

La personne bénéficie-t-elle d'une aide ou d'une prestation à domicile ? oui non

Si oui, préciser la nature de la prestation et le prestataire

Qualité de la personne à inscrire

- personne âgée de plus de 65 ans personne âgée de plus de 60 ans et inapte au travail
 personne handicapée autre

Préciser le(s) problème(s) identifié(s) : situation de handicap, de mobilité, isolement familial, inadaption de l'habitat,.....

Médecin traitant

Nom

Adresse

Téléphone

Inscription faite en nom propre

Inscription faite par un tiers (si oui, remplir les informations suivantes)

Je soussigné(e)

Nom : Prénom :

Agissant en qualité de

Représentant légal

Service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile

Médecin traitant

Autre :

Personnes référentes en cas d'urgence

Personne de l'entourage (famille, amis, voisins...) :

Nom Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone (obligatoire).....

Portable :

Professionnel(s) :

Service d'aide ou de soins à domicile et/ou d'un autre service

Intitulé du service.....

Adresse

Téléphone.....

Informations diverses

Recevez-vous des visites à domicile ?

tous les jours plusieurs fois par semaine une fois par semaine moins souvent

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande.

Fait à, le/...../202.....

Signature obligatoire de la personne inscrite au registre :

à compléter et à retourner à l'accueil de la Mairie de Bricquebec-en-Cotentin

ou par courrier :

Mairie de Bricquebec-en-Cotentin

Hôtel de Ville - BP31 - 50260 Bricquebec-en-Cotentin