

PLAN D'ALERTE ET D'URGENCE AU PROFIT DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES HANDICAPEES EN CAS DE RISQUES EXCEPTIONNELS

Dispositif d'alerte ponctuelle à la population vulnérable.
Prévu par le Code de l'Action Sociale et des Familles.

FICHE D'INSCRIPTION AU REGISTRE NOMINATIF POUR L'ANNEE 2023

PREMIERE INSCRIPTION

REINSCRIPTION

Demande d'inscription par un tiers : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui , précisez vos coordonnées : NOM : PRENOM : Téléphone fixe : Téléphone portable :	Adresse : Lien de parenté : Autre :

LA PERSONNE

NOM : PRENOM (s) : Date de naissance : Téléphone fixe : Téléphone portable : Adresse : 33130 BEGLES Adresse électronique (mail) :@.....	Situation familiale : <input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> en famille Type de logement : <input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Collectif Le logement est bien isolé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Equippedement du logement : <input type="checkbox"/> Ventilateur <input type="checkbox"/> Climatisation Moyens de déplacement : <input type="checkbox"/> voiture <input type="checkbox"/> transports en commun <input type="checkbox"/> autre : Faites-vous vos courses vous-même : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Inscription au titre de : <input type="checkbox"/> Personnes de 65 ans et plus <input type="checkbox"/> Personnes de 60 ans reconnues inaptes au travail <input type="checkbox"/> Personnes adultes handicapées <input type="checkbox"/> Présent du 01/06 au 15/09/2023 <input type="checkbox"/> Absent du au
---	--

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM : PRENOM (s) : Téléphone portable : Téléphone fixe : Adresse :	Lien de parenté : Fréquences des contacts (téléphoniques, visites, etc.) : <input type="checkbox"/> Présent du 01/06 au 15/09/2023 <input type="checkbox"/> Absent du au
NOM : PRENOM (s) : Téléphone portable : Téléphone fixe : Adresse :	Lien de parenté : Fréquences des contacts (téléphoniques, visites, etc.) : <input type="checkbox"/> Présent du 01/06 au 15/09/2023 <input type="checkbox"/> Absent du au

MEDECIN TRAITANT

NOM : PRENOM :	Adresse : Téléphone fixe :
-----------------------------------	--

INTERVENTION(S) AU DOMICILE

	Fréquence	Adresse de l'intervenant	Téléphone
Service d'Aide à Domicile Nom de l'organisme :	<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Au moins une fois par semaine <input type="checkbox"/> Moins souvent	
Soins infirmiers Nom du cabinet ou des infirmiers :	<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Au moins une fois par semaine <input type="checkbox"/> Moins souvent	
Kiné Nom du cabinet ou du kiné :	<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Au moins une fois par semaine <input type="checkbox"/> Moins souvent	
Portage de repas Nom du service :	<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Au moins une fois par semaine <input type="checkbox"/> Moins souvent	
Téléassistance Nom de l'organisme :		
Autres. Précisez :		

INFORMATIONS DIVERSES

J'accepte d'avoir des **visites à domicile** par des bénévoles (mois de juillet et août) : Oui Non

J'accepte **d'être accompagné dans un lieu climatisé** en cas de forte chaleur : Oui Non

J'accepte d'être informé.e des **alertes canicules par SMS** (*obligation d'avoir une adresse email) : Oui Non

Observations particulières :

.....

.....

- Je consens à ce que les données relatives à mon état de santé soient enregistrées dans un 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 en situation de handicap en cas de risques exceptionnels.
- Je m'engage à signaler au Bureau Information Séniors tout changement intervenant en cours d'année (adresse, numéro de téléphone, personne à contacter, absences prévues, etc.) de manière à éviter les appels et recherches inutiles.
- Je suis informé(e) que l'inscription est facultative et que la radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de la part du bénéficiaire.
- Cette fiche de renseignements a pour vocation d'aider les services publics mobilisés à porter assistance en cas de nécessité.

Fait à BEGLES, le / / 2023

Signature :

Toutes les données recueillies par ce formulaire sont facultatives. Elles font l'objet d'un traitement informatique uniquement destiné à aider les pouvoirs publics dans la mise en place d'un dispositif d'alerte ponctuelle au bénéfice de la population fragile et l'organisation des secours déclenchés en cas de nécessité. Le responsable de ce registre nominatif, mis à jour chaque année, est le Maire de BEGLES. Les destinataires des données recueillies sont le Maire, les agents du service « personnes âgées », ainsi que, sur sa demande, le Préfet. Conformément à la loi n°78-17 « Informatique et Libertés », vous disposez de droits d'opposition, d'accès, de rectification et de suppression des données qui vous concernent en vous adressant par courrier au Centre Communal d'Action Social – 4 rue Calixte Camelle 33130 BEGLES ou par courriel à info.seniors@mairie-begles.fr