

**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'année 2025**

**Inscription au titre de :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Personne de 65 ans et plus                          | <input type="checkbox"/> Première inscription |
| <input type="checkbox"/> Personne de 60 ans reconnue comme inapte au travail | <input type="checkbox"/> Réinscription        |
| <input type="checkbox"/> Personne adulte handicapée                          |   |

L'inscription est-elle faite par la personne elle-même :  Oui  Non, précisez : .....

**La personne :**

NOM : .....		Prénom : .....	
Date de naissance : .....		Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Adresse : .....		33130 BEGLES	
Tel fixe : __ / __ / __ / __ / __		Tel portable __ / __ / __ / __ / __	
Courriel : .....			

**La situation de la personne :**

La personne vit-elle : <input type="checkbox"/> Seul-e <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> En famille
Niveau d'isolation du logement : <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Faible
Equipped 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"/> Marche <input type="checkbox"/> Vélo
La personne fait-elle ses courses seule : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Absence prévue durant l'été : .....

**Personnes à prévenir en cas d'urgence :**

NOM : .....		Prénom : .....	
Adresse : .....			
Tel fixe : __ / __ / __ / __ / __		Tel portable __ / __ / __ / __ / __	
Lien de parenté : .....		Courriel : .....	
Fréquence des contacts : .....			

**Médecin traitant :**

NOM et Prénom : .....		Numéro de tel : __ / __ / __ / __ / __	
Adresse : .....			

### Les interventions à domicile :

	Nom de l'organisme	Fréquence	Téléphone	Adresse
Aide à domicile				
Soins infirmiers				
Kiné				
Portage de repas				
Téléassistance				
Autre				

### Informations diverses :

J'accepte d'avoir des visites à domicile par des médiateurs canicule (aux mois de juillet et août)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
J'accepte d'être accompagné-e dans un lieu climatisé en cas de forte chaleur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
*J'accepte d'être informé-e des alertes canicules par SMS (*obligation d'avoir une adresse mail)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 Bègles, le .....

Signature :

**Nous vous demandons de bien vouloir signaler au personnel tout changement survenant en cours d'année.**

*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](mailto:info.seniors@mairie-begles.fr)*