

PLAN CANICULE 2026

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF

Prévu à l'article L. 121-6-1 du code de l'action sociale et des familles

BULLETIN D'INSCRIPTION 2026

Bulletin à remplir en LETTRES MAJUSCULES, soit :

- Par la personne âgée ou handicapée,
- Par un tiers (représentant légal, intervenant médico-social, entourage, parent, ami).

Et à retourner par courrier au : CCAS – MAIRIE DE SAINT GEORGES DE RENEINS
PARC MONTCHERVET – 69830 SAINT GEORGES DE RENEINS

1- IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE

M. Mme

NOM :

PRÉNOM(S) :

NÉ(E) LE :/...../..... à

ADRESSE.....

.....

TÉLÉPHONE :

SITUATION FAMILIALE : isolé(e) couple, en famille

Je sollicite mon inscription 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.

Je demande mon inscription :

- ✓ En qualité de personne âgée de 65 ans et plus
- ✓ En qualité de personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail
- ✓ En qualité de personne handicapée

Je suis informé(e) que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de ma part.

2- RÉFÉRENCES DU SERVICE MÉDICAL OU SOCIAL INTERVENANT A VOTRE DOMICILE OU EN CONTACT AVEC VOUS

Je déclare bénéficiaire de l'intervention :

D'un service d'aide à domicile

Intitulé du service :

Adresse

Téléphone :

D'un service de soins infirmiers à domicile

Intitulé du service :

Adresse.....

Téléphone :

D'un autre service

Intitulé du service :

Adresse :

Téléphone :

D'aucun service à domicile

3- PERSONNES DE VOTRE ENTOURAGE A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM / Prénom(s) :

Adresse :

.....

Téléphone :

NOM / Prénom(s) :

Adresse :

.....

Téléphone :

4- MENTION DE VOS PÉRIODES D'ABSENCE ENTRE JUIN ET SEPTEMBRE 2026

IMPORTANT - veuillez préciser les dates de vos absences prévues entre la date de votre inscription sur le registre et le 15 septembre 2026. Si ces dates changent, nous vous remercions de nous le signaler en appelant la Mairie au 04 74 67 61 45 :

Absences en juin :

Absences en juillet :

Absences en août :

5- SI LE BULLETIN EST REMPLI POUR LE BÉNÉFICIAIRE PAR UN TIERS, VEUILLEZ PRÉCISER VOS COORDONNÉES :

M. Mme

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 : (Merci de le préciser)

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

Je suis informé(e) 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.

Fait à Le

Signature obligatoire

Les informations communiquées ont pour seul objet le plan d'alerte et d'urgence départemental. Elles restent confidentielles et sont destinées exclusivement à l'usage du Centre Communal d'Action Sociale de la Commune de St Georges de Renels, responsable de leur traitement. Elles seront traitées en conformité avec la loi du 06/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Nom et signature du tiers qui formule la demande :