



PLAN D'ALERTE ET D'URGENCE

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Centre Communal d'Action Sociale

01 89 29 91 93

ccas@leperray.fr

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.

Je suis informé(e) :

- 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.

FORMULAIRE À RETOURNER au CCAS

Maison des Solidarités, 5 rue de l'Église, 78610 Le Perray-en-Yvelines

PERSONNE(S) À INSCRIRE

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :
.....
.....

Cellule familiale : ☐ seule ☐ en couple ☐ autre, précisez :

Téléphone (obligatoire) : Portable :

Adresse mail : @

Qualité de la personne à inscrire

- ☐ Personne âgée de 65 ans et plus
- ☐ Personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail
- ☐ Personne adulte handicapée
- ☐ 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 ☐ Médecin traitant

☐ Service d'Aide à Domicile ou de soins infirmiers à domicile ☐ Autre :

ABSENCES PRÉVUES

Absences prévues durant la période estivale :

☐ Du : au :

☐ Du : au :

☐ Absences non prévues à ce jour. Pour tout changement, veuillez-nous en informer
au 01 89 29 91 93 ou bien par mail : ccas@leperray.fr

PERSONNES RÉFÉRENTES

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

Nom : Prénom :

Adresse :
.....
.....

Téléphone (obligatoire) : Portable :

Adresse mail : @

Professionnel(s) : ☐ Service d'Aide ou de soins à Domicile et/ou ☐ d'un autre service

Intitulé du service :
.....

Adresse / téléphone :
.....
.....

☐ Médecin traitant :

Adresse / Téléphone :
.....
.....

Informations diverses

Recevez-vous des visites à domicile ?

☐ Tous les jours ☐ Plusieurs fois par semaine ☐ Moins souvent

Vous sentez-vous isolé(e) ? ☐ Oui ☐ Non

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

Fait à Le

Signature