



PLAN D'ALERTE ET D'URGENCE

Formulaire d'Inscription

Décret du 1er septembre 2004

Le CCAS de Listrac-Médoc vous invite à vous inscrire sur le registre nominatif du Plan d'Alerte et d'Urgence si vous avez 65 ans ou plus, si vous êtes en situation de handicap, inapte au travail, isolé(e), fragilisé(e), ou simplement si vous en ressentez le besoin. Cette inscription permet de mieux vous protéger face aux risques exceptionnels (canicule, grand froid, tempête, crise sanitaire...). Pour cela, retournez ce formulaire complété au CCAS de Listrac-Médoc

Nom et qualité du demandeur (si tierce personne)	
---	--

1. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE CONCERNÉE PAR LA DEMANDE

Date de la demande	
Civilité	☐ M. ☐ Mme
Nom	
Prénoms	
Né(e) le	__ / __ / ____ à _____
Adresse	
Situation familiale	
Téléphone fixe et/ou portable	____ _
Adresse e-mail	

2. SITUATION DE LA PERSONNE

Cochez-la ou les cases correspondant à votre situation :

- | | |
|--|---|
| ☐ Personne âgée de 65 ans et plus | ☐ Personne en situation de handicap |
| ☐ Personne de plus de 60 ans reconnue inapte au Travail | ☐ Personne isolée |
| | ☐ Toute personne ressentant le besoin d'être contactée |

3. PERSONNE(S) À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

1- Nom	
Prénom	
Adresse	
Téléphone fixe et/ou portable	____ _
Lien avec la personne	
2- Nom	
Prénom	
Adresse	
Téléphone fixe et/ou portable	____ _
Lien avec la personne	

4. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Vivez-vous seul(e) ?	☐ Oui ☐ Non
Avez-vous des animaux de compagnie ?	☐ Oui ☐ Non
Recevez-vous régulièrement de la visite ?	☐ Oui ☐ Non
Si oui, à quelle fréquence ?	☐ Au moins 1 fois / jour ☐ Au moins 1 fois / semaine ☐ Au moins 1 fois / mois
Est-ce le plus souvent :	☐ Le voisinage ☐ La famille ☐ Les intervenants médicaux (infirmiers, médecins...) ☐ Les services d'aide à domicile
Assistance médicale	☐ Oui ☐ Non (oxygène, respirateur ...)

5. PROFESSIONNELLES ET SERVICES INTERVENANTS À VOTRE DOMICILE

Aide à domicile	Nb d'heures par semaine : _____
Kinésithérapeute	Nb d'heures par semaine : _____
Infirmière	Nb de passages par jour/semaine : _____
Portage de repas	Nb de fois par semaine : _____
Téléassistance	

6. COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Nom	
Prénom	
Adresse	
Téléphone	_____

6. CARACTERISTIQUES DU LOGEMENT

Type de logement	☐ Maison ☐ Appartement
Rafrâichissement	☐ Volets ☐ Stores ☐ Climatisation ☐ Ventilateurs ☐ Autres

Je demande à figurer sur le registre municipal afin d'être contacté(e) en cas de déclenchement par la Préfecture du plan d'alerte et d'urgence, consécutif à une situation de risques exceptionnels, climatiques ou autres.

Fait à Listrac-Médoc, le _____

Signature(s) :