



# PLAN CANICULE ET URGENCES SANITAIRES

Demande d'inscription au fichier de la Mairie

## VOUS

---

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Téléphone fixe \_\_\_\_\_ Téléphone portable \_\_\_\_\_

Type de logement  Maison  Appartement

Ascenseur  Oui  Non

Situation familiale  Seul(e)  En couple  En famille

Enfants  Oui  Non

Si oui  A proximité  éloigné(e) Lieu : \_\_\_\_\_

Difficultés particulières  Habitat  Déplacement  Isolement  
 Autre

Taux d'handicap reconnu \_\_\_\_\_

Médecin traitant \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Aide à domicile  Oui  Non

Si oui, qui ? \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

## PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

---

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Lien de parenté \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

## PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

---

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Lien de parenté \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Demande remplie par  L'intéressé  Autre : \_\_\_\_\_

J'accepte que ces informations que je transmets à la Mairie de ma commune de résidence soit communiquées, en cas de canicule ou d'urgences sanitaires, seulement en tant que besoin, aux services sociaux et médicaux-sociaux susceptibles d'intervenir auprès de moi

Date

Signature