

# PREVENTION CANICULE 2020

Fiche de recensement suivant la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

## PERSONNE A INSCRIRE

Nom marital : ..... Prénoms : .....

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance : ..... Sexe :  masculin  féminin

Adresse (précisez le n° de l'appartement, l'étage, le code d'entrée...) :

.....  
.....

Vit (1) :  seul  en couple

Téléphone fixe (renseignement obligatoire) : .....

Téléphone portable : .....

Qualité de la personne à inscrire (1) :

personne âgée de **65 ans** et plus

personne de **60 ans** et plus reconnue inapte au travail

adulte handicapé

Souhaite (1) :

mon inscription ou mon maintien } sur la liste de recensement des personnes

la radiation de mon inscription } âgées et /ou handicapées

**reconnais** être informés(e) que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de ma part.

**Absences prévues** (vacances, hospitalisation...)

Durant la période du 1<sup>er</sup> juillet au 31 août 2019, je serai absent(e) de mon domicile :

du ..... au.....

du ..... au.....

**Pour tout changement, veuillez-nous en informer le plus rapidement possible.**

En cas de déclenchement du plan d’alerte et d’urgence par le préfet de la Drôme, vous serez contacté(e) téléphoniquement. Nous devons pouvoir vous joindre facilement ou joindre les personnes désignées ci-après.

**PERSONNE A PREVENIR EN CAS D’URGENCE**

	1 <sup>ère</sup> personne (famille, voisin, autres)	2 <sup>ème</sup> personne (famille, voisin, autres)	3 <sup>ème</sup> personne (famille, voisin, autres)
Nom			
Prénom			
Lien de parenté			
Adresse			
Téléphone Fixe domicile / bureau			
Téléphone portable			

La personne à contacter en cas d’urgence doit être informée par vos soins de sa désignation. Elle doit être facilement joignable, et pouvoir intervenir rapidement auprès de vous.

**SERVICES INTERVENANT A DOMICILE**

Préciser le nom et le numéro de téléphone (1)

- infirmière : .....
- médecin traitant : .....
- aide à domicile : .....
- portage de repas : .....
- autres : .....

**La fiche, dûment remplie, est à renvoyer, sous enveloppe notée « Confidentiel »  
La Villa Boréa - Service Seniors - Rue Descartes  
26100 ROMANS**

A Romans, le :

Signature :

Note : Les renseignements demandés sont nécessaires au traitement de votre dossier, à défaut, votre demande ne pourra pas être instruite. Ces renseignements peuvent être communiqués aux tiers habilités en vertu de dispositions réglementaires ou légales.

**(1) Cocher la case correspondante**

