

## PLAN CANICULE 2025 FORMULAIRE D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE

Vous avez plus de 60 ans et/ou êtes en situation de handicap  
Si vous souhaitez être contacté(e) régulièrement durant les périodes de fortes chaleurs,  
Il est nécessaire de compléter ce formulaire d'inscription.

### BÉNÉFICIAIRE

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Téléphone : .....

Vivez-vous : Seul  En couple  Avec un proche

Adresse : N : °..... Rue : .....

Étage : ..... Porte : ..... Bâtiment : ..... Code d'accès : .....

#### Mode de déplacement :

Autonome  Canne  Déambulateur  Fauteuil roulant  Alité(e)

Avez-vous l'habitude de sortir : OUI  NON

Avez-vous un animal de compagnie ? OUI  NON

Possédez-vous un ventilateur ou un système de climatisation ? OUI  NON

### ABSENCES DU BÉNÉFICIAIRE SUR LA PÉRIODE ESTIVALE

De **juin à septembre 2025** avez-vous prévu de vous absenter ?  OUI  NON

Si oui, précisez les dates de vos absences :

DÉBUT..... FIN.....

DÉBUT..... FIN.....

**En cas d'absence non signalée et sans réponse de votre part, il peut être fait appel aux services d'urgences.**

### ENTOURAGE FAMILIAL, AMICAL, PROCHE AIDANT PRÉSENT ET À PROXIMITÉ PENDANT L'ÉTÉ

1- Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

Lien avec le bénéficiaire : .....

2- Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

Lien avec le bénéficiaire : .....

Est-ce que quelqu'un possède un double des clés de votre domicile ? OUI  NON

Si oui, Nom et prénom de la personne : ..... Téléphone : .....

#### PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS DE PROBLÈME :

Nom : ..... Téléphone : .....

AVEZ-VOUS UN GARDIEN ? : OUI  NON

Si oui, Nom de la personne : ..... Téléphone : .....

**NOM DU MÉDECIN TRAITANT :** .....

Ville : .....

Téléphone : .....

**SERVICES INTERVENANT À DOMICILE :** OUI  NON

**Cocher la case correspondante et préciser le nom de la structure :**

Aide à domicile/Auxiliaire de vie    Nom de la structure ou de l'intervenant : .....

Téléphone : .....    Fréquence des passages : .....

Soins infirmiers    Nom de la structure ou de l'infirmier (e) : .....

Téléphone : .....    Fréquence des passages : .....

Bénéficiez-vous d'un dispositif de télé assistance ? OUI  NON

Contacts de la structure : .....

Bénéficiez-vous d'un portage de repas ? OUI  NON

Contact de la structure : .....

Bénéficiez-vous d'une association d'aide alimentaire ? OUI  NON

Contact de l'association : .....

**Fiche établie le :** .....

**Nom et Prénom :** .....

**SIGNATURE :**

FORMULAIRE À RETOURNER À L'ADRESSE ÉLECTRONIQUE : **ccas@montreuil.fr**

Ou

À DÉPOSER AU : **Centre administratif Altaïs - CCAS de Montreuil - Service solidarité**

**1-3, Place Aimé Césaire, 93 100 Montreuil**

**01 48 70 69 33**

*Selon la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés qui est complétée par le règlement général de protection des données (RGPD) entré en application le 25 mai 2018, les informations figurant dans ce document sont confidentielles et font l'objet d'un droit d'accès.*

*Selon la loi du 30 juin 2004, modifiée le 1<sup>er</sup> janvier 2013 et des articles L 116-3 et L 123-5 du Code de l'Action sociale et des familles, et les articles L 2212-2 et L 2212-4 du Code Général des Collectivités Territoriales, le Maire doit assumer sur le territoire de sa commune, ses obligations de mise en œuvre des mesures de sauvegarde vis-à-vis de ses administrés. Pour ce faire, les personnes vulnérables et fragiles sont incitées à s'inscrire sur les registres communaux. Le Maire pourra utilement s'appuyer sur les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS).*