



## FORMULAIRE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE CANICULE

À RETOURNER :

**Pôle Solidarité/CCAS (4 cours Esquiros)**

[ccas@trets.fr](mailto:ccas@trets.fr)

[franceservices@trets.fr](mailto:franceservices@trets.fr)

### ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE À INSCRIRE (1)

Je soussigné(e) :  Madame  Monsieur

NOM : ..... PRÉNOM : .....

NÉ(E) LE : / / / / / / / / / /

ADRESSE :

.....  
.....  
.....

TELEPHONE : .....

ADRESSE DE MESSAGERIE : .....

sollicite mon inscription sur le registre officiel pour me contacter en cas d'alerte-canicule déclenchée par la Préfecture ou le Ministère.

Je suis une personne âgée de 65 ans et plus (2)

Je suis une personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail (2)

Je suis une personne de moins de 60 ans, en situation de handicap (2)

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

### SERVICES A DOMICILE

Vous bénéficiez de service à domicile (mettre une croix dans les jours d'intervention de l'organisme)

|   | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi | Samedi | Dimanche | Nom de l'organisme |
|---|-------|-------|----------|-------|----------|--------|----------|--------------------|
| Aide à domicile                                   |       |       |          |       |          |        |          |                    |
| Soins à domicile                                  |       |       |          |       |          |        |          |                    |
| Téléalarme  |       |       |          |       |          |        |          |                    |
| Portage repas                                     |       |       |          |       |          |        |          |                    |
| Autres à préciser :                               |       |       |          |       |          |        |          |                    |
| Aucun service à domicile <input type="checkbox"/> |       |       |          |       |          |        |          |                    |

(1) Les réponses à cette rubrique permettant l'identification du déclarant sont obligatoires



(2) Cocher la case correspondant à votre situation

## **CONTACTS**

Avez-vous des contacts (physiques et/ou téléphoniques) avec vos proches (amis et/ou famille) ?

Tous les jours  de 3 à 4 fois par semaine  de 1 à 2 fois par semaine  Jamais

| Cocher la ou les personne(s) à prévenir en cas d'urgence | NOM | PRÉNOM | ADRESSE | TÉLÉPHONE | Dispose des clés (oui/non) | Lien (Famille, ami, voisin...) |
|--|-----|--------|---------|-----------|----------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/>                                 |     |        |         |           |                            |                                |
| <input type="checkbox"/>                                 |     |        |         |           |                            |                                |
| <input type="checkbox"/>                                 |     |        |         |           |                            |                                |

Pensez-vous que vos proches vont s'absenter ? OUI  NON

Si oui, à quelles dates ? Du .....au.....

Du .....au.....

## **SITUATION PARTICULIERE**

Votre situation durant la période de veille saisonnière (1er juin au 31 août) : mettre une croix

Vous vivez : seul(e)  en couple  en famille

Pensez-vous vous absenter de votre domicile : OUI  NON

Si oui, à quelles dates ? Du .....au.....

Du .....au.....

**En cas de modification, merci de le signaler au Pôle Solidarité au 04.42.61.23.46 ou au CCAS au 04.42.61.23.80 ou à France services au 04.42.61.23.48**

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

Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler au **Pôle Solidarité/CCAS/France services** toute modification concernant ces informations, aux fins de mettre à jour les données permettant de me contacter en cas de déclenchement du plan canicule.

Fiche remplie par moi-même

Fiche remplie par un tiers

Nom du tiers : .....

Agissant en qualité de : .....

Fait à ..... le .....

**Signature**