

**DEMANDE D'INSCRIPTION AU REGISTRE CANICULE / AUTRES RISQUES MAJEURS
A DESTINATION DES PERSONNES AGEES, EN SITUATION DE HANDICAP ET/OU ISOLEES
(Article L.121-6-1 du Code l'action sociale et des familles)**

▪ **PRESENTATION**

Conformément au décret publié en septembre 2004 relatif au repérage des personnes âgées et handicapées isolées à domicile, la ville a mis en place un dispositif en direction de ces personnes et plus largement en faveur de l'ensemble de la population Alfortvillaise. Ce dispositif compte tout d'abord sur la mobilisation de tous, familles, voisins, gardiens, associations, professionnels autour d'un réseau de solidarité locale.

Le CCAS d'Alfortville est chargé de constituer le registre des personnes vulnérables de la commune afin de pouvoir les informer et les contacter lors du déclenchement des plans d'alerte lié à des risques climatiques exceptionnels ou autres événements majeurs. Ce recensement repose sur une démarche volontaire et ne sont recensées que les données communiquées par les personnes elles-mêmes ou leur tiers. Il faut noter que ces données peuvent être demandées et transmises en préfecture lors d'un événement à haut risque.

En cas de non réponse, les référents sont contactés par ordre renseigné dans le tableau « coordonnées des référents à prévenir en cas de difficultés ». Si ces derniers ne sont pas joignables, une intervention de la police municipale peut être demandée en dernier recours. Afin d'éviter ce déplacement, il convient de prévenir en amont des absences prévues. En cas d'inquiétude concernant la santé, un avis peut être sollicité auprès d'un médecin des centres municipaux de santé et/ou une intervention des services de secours d'urgence peut être demandée par le CCAS (SAMU, pompiers).

▪ **CONDITIONS GENERALES DU RECENSEMENT**

La personne qui souhaite être recensée recevra lors des périodes de canicule ou autres risques majeurs (grand froid, confinement...) un ou plusieurs appels par semaine d'un agent du CCAS d'Alfortville. L'objectif de ces appels est d'assurer un suivi auprès des personnes recensées afin de veiller à ce que toutes les précautions soient prises en fonction de l'alerte déclenchée. Le nombre d'appels est déterminé selon les informations déclarées et transmises sur le niveau d'autonomie de la personne ainsi que de son environnement. Dans ce cadre, il est important de nous transmettre toutes indications qui sembleraient utiles à l'analyse de la situation de la personne.

▪ **CRITERES DE RECENSEMENT – *Cocher la case correspondant à votre situation***

- Personne de plus de 65 ans
- Personne de plus de 60 ans et reconnue inapte au travail
- Personne de moins de 65 ans et isolée
- Personne en situation de handicap

▪ IDENTITE DE LA PERSONNE A RECENSER

1^{ère} inscription Renouvellement

M. MME

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../..... AGE :

ADRESSE :

.....

CODE POSTAL : 94140 VILLE : ALFORTVILLE

ETAGE : CODE D'ENTREE :

TELEPHONES – **obligatoire** FIXE : PORTABLE :

MAIL :@.....

VIT AVEC : LIEN :

➤ Si vous remplissez cette demande pour le bénéficiaire, veuillez renseigner votre identité :

M. MME LIEN :

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../..... AGE :

ADRESSE :

.....

CODE POSTAL : 94140 VILLE : ALFORTVILLE

ETAGE : CODE D'ENTREE :

TELEPHONES – **obligatoire** FIXE : PORTABLE :

MAIL :@.....

➤ La personne inscrite est-elle informée de la demande ? OUI NON

▪ COORDONNEES DES REFERENTS A PREVENIR EN CAS DE DIFFICULTES – **minimum 2** :

 Les référents doivent s'engager à être facilement joignables, notamment en période estivale.

	REFERENT 1	REFERENT 2
Lien avec la personne		
NOM PRENOM		
Adresse		
CP / Ville		
<input type="checkbox"/> Téléphone fixe		
<input type="checkbox"/> Portable		
<input type="checkbox"/> Mail		

	REFERENT 3	REFERENT 4
Lien avec la personne		
NOM PRENOM		
Adresse		
CP / Ville		
☎ Téléphone fixe		
📱 Portable		
@ Mail		

▪ **INTERVENANTS EXTERIEURS**

➤ **Infirmier/soignant**

Nom :
 Adresse :
 Tél :
 Mail :

➤ **Aide à domicile/Auxiliaire de vie**

Organisme :
 Adresse:
 Tél :
 Mail :

➤ **Médecin traitant**

Nom : Dr
 Adresse :
 Tél :
 Mail :

➤ **Mesure de protection juridique**

Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle

Nom :
 Adresse :
 Tél :
 Mail :

➤ **Bénéficiez-vous des prestations à domicile suivantes ? :**

	OUI	NON
Restauration à domicile		
Téléassistance		
Autres :		

▪ **INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

➤ **Votre domicile est-il équipé :**

- D'une climatiser/ventilateur ? OUI NON
- D'un chauffage collectif ou individuel ? OUI NON

- Quels sont les autres moyens dont vous disposez pour vous chauffer et/ou vous rafraîchir ?

.....

.....

.....

- Recevez-vous des visites régulières ? OUI NON

- Si oui, à quelle fréquence ? – **Renseigner le tableau ci-dessous en précisant dans la case dédiée la profession de l'intervenant et/ou le lien avec le visiteur (amis, famille...) et le jour habituelle de la visite correspondant :**

	VISITEUR	PROFESSIONNEL
LUNDI		
MARDI		
MERCREDI		
JEUDI		
VENDREDI		
SAMEDI		
DIMANCHE		

- Rencontrez-vous des difficultés à vous déplacer ? OUI NON

- Avez-vous des périodes d'absence du domicile à nous signaler ? : OUI NON

DATE DE DEPART PREVUE	DATE DE RETOUR PREVUE	MOTIF (hospitalisation, vacances...)
Du : / /	Au : / /	
Du : / /	Au : / /	
Du : / /	Au : / /	

- Souhaitez-vous nous faire part d'informations complémentaires ?

.....

.....

.....

.....

Les informations recueillies concernant vos données pourront être utilisées dans un objectif de prévention en cas de situation exceptionnelle : crise sanitaire, alerte climatique... J'accepte de communiquer les renseignements repris dans ce document au CCAS, qui s'engage à garder la confidentialité.

- Je ne souhaite pas être contacté(e) par sms ou mail

Date et signature de la personne recensée :	Formulaire à retourner complété aux gestionnaires de l'Espace Vie Quotidienne du CCAS : 160 rue Paul Vaillant Couturier – 94140 Alfortville Tél : 01 58 73 28 36/45
---	---