

## FICHE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE MUNICIPAL CANICULE Année 2024

### 1 - IDENTITE DE LA PERSONNE OU DU COUPLE QUI S'INSCRIT (Réponse obligatoire)

<b>NOM</b> ..... <b>Prénom</b> ..... <b>Date de naissance</b> .....  Je demande mon inscription sur le registre en qualité de : <input type="checkbox"/> personne âgée de 65 ans et plus <input type="checkbox"/> personne en situation de handicap ou de pathologie chronique	<b>NOM</b> ..... <b>Prénom</b> ..... <b>Date de naissance</b> .....  Je demande mon inscription sur le registre en qualité de : <input type="checkbox"/> personne âgée de 65 ans et plus <input type="checkbox"/> personne en situation de handicap ou de pathologie chronique
--	--

<b>Adresse</b> .....	<b>22360 Langueux</b>
<b>Téléphone fixe</b> .....	<b>Téléphone portable</b> .....
<b>Courriel</b> .....	

**Vous vivez :**     Seul     En couple     Avec un tiers (enfant, parents...)

### 2 – PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (Réponse facultative)

Priorité 1	Priorité 2
<b>NOM</b> .....	<b>NOM</b> .....
<b>Prénom</b> .....	<b>Prénom</b> .....
<b>Qualité</b> ( <i>enfant, parent, voisin, ami ?</i> ) Précisez.....	<b>Qualité</b> ( <i>enfant, parent, voisin, ami ?</i> ) Précisez.....
<b>Téléphone</b> .....	<b>Téléphone</b> .....
<b>Adresse</b> .....	<b>Adresse</b> .....

### 3 – MEDECIN TRAITANT (Réponse facultative)

**NOM**..... **Téléphone**.....  
**Adresse**.....

Souhaitez-vous nous faire part d'éventuelles problématiques de santé ?    **Oui**     **Non**

Si oui, lesquelles ?.....  
 .....  
 .....

**4 – PERIODE D’ABSENCE DU DOMICILE ENTRE LE 1<sup>ER</sup> JUIN ET LE 15 SEPTEMBRE 2024**

(Réponse facultative)

Serez-vous absent(e) de votre domicile cet été : **Oui** ...**Non**

Si oui merci de préciser les dates ou bien de nous en informer par téléphone en cas de changement (Tél: 02 96 62 25 50).

**Périodes d’absences** Du.....au.....  
Du.....au.....  
Du.....au.....

**5 – QUELS SONT LES SERVICES OU PERSONNES QUI INTERVIENNENT A VOTRE DOMICILE ?**

(Réponse facultative)

	Nom et coordonnées du service	Jours de passage dans la semaine						
Téléassistance		X						
Service aide à domicile		Lun <input type="checkbox"/>	Mar <input type="checkbox"/>	Mer <input type="checkbox"/>	Jeu <input type="checkbox"/>	Ven <input type="checkbox"/>	Sam <input type="checkbox"/>	Dim <input type="checkbox"/>
Portage repas à domicile		Lun <input type="checkbox"/>	Mar <input type="checkbox"/>	Mer <input type="checkbox"/>	Jeu <input type="checkbox"/>	Ven <input type="checkbox"/>	Sam <input type="checkbox"/>	Dim <input type="checkbox"/>
Cabinet infirmier		Lun <input type="checkbox"/>	Mar <input type="checkbox"/>	Mer <input type="checkbox"/>	Jeu <input type="checkbox"/>	Ven <input type="checkbox"/>	Sam <input type="checkbox"/>	Dim <input type="checkbox"/>
Aide-soignante / SSIAD		Lun <input type="checkbox"/>	Mar <input type="checkbox"/>	Mer <input type="checkbox"/>	Jeu <input type="checkbox"/>	Ven <input type="checkbox"/>	Sam <input type="checkbox"/>	Dim <input type="checkbox"/>
Visite bénévoles		Lun <input type="checkbox"/>	Mar <input type="checkbox"/>	Mer <input type="checkbox"/>	Jeu <input type="checkbox"/>	Ven <input type="checkbox"/>	Sam <input type="checkbox"/>	Dim <input type="checkbox"/>
Autres services		Lun <input type="checkbox"/>	Mar <input type="checkbox"/>	Mer <input type="checkbox"/>	Jeu <input type="checkbox"/>	Ven <input type="checkbox"/>	Sam <input type="checkbox"/>	Dim <input type="checkbox"/>

**Recevez-vous des visites à domicile ?** (Cochez les cases correspondantes)

Tous les jours     Plusieurs fois par semaine  
 Moins souvent

**Vous sentez-vous isolé(e) ?**    **Oui**     **Non**

**6 – VOTRE LOGEMENT** (Réponse facultative)

Votre logement est-il équipé de volets ?    **Oui**     **Non**

Pouvez-vous les ouvrir et les fermer facilement ?    **Oui**     **Non**

Votre logement reste-t-il frais l’été ?    **Oui**     **Non**

Disposez-vous d’un ventilateur, climatisation, brumisateur ?    **Oui**     **Non**

**7 – VOS DEPLACEMENTS** (Réponse facultative)

Vous déplacez-vous facilement à l’intérieur de chez-vous ?    **Oui**     **Non**

Vous déplacez-vous **seul(e)** à l’extérieur de chez-vous ?    **Oui**     **Non**

## 8 – VOS OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES (Réponse facultative).

Vous disposez de la possibilité de communiquer toute autre information que vous jugeriez utiles :

### Personne demandant le recensement au registre municipal

(Réponse obligatoire).

La personne elle-même

Un parent  , lien de parenté : .....

Un professionnel  , précisez:

Autre  , précisez:

**\*Vos coordonnées**

**NOM, prénom** .....

**Adresse** .....

**Téléphone** .....

**Le déclarant**

**Date**

**Signature**

## MERCI POUR VOS REPONSES

Document à retourner au:

CCAS de Langueux

2 Rue de Brest

22360 Langueux

Les informations recueillies dans le cadre de la gestion du plan canicule font l'objet d'un traitement des données à caractère personnel par les services habilités du CCAS de la ville de Langueux. Les informations sont conservées jusqu'à votre demande de radiation.

L'ensemble des données seront conservées pendant 1 an. Au-delà, les données traitées feront l'objet d'un processus d'archivage et/ou destruction réglementaire, selon la politique d'archivage de la ville de Langueux.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous informons que les informations collectées sont exclusivement à destination des administrations et organismes habilités à intervenir sous l'autorité du Préfet en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, demander à les rectifier ou demander leur effacement.