



PLAN CANICULE 2022

DEMANDE D'INSCRIPTION

SUR LE REGISTRE COMMUNAL 2022 DES PERSONNES VULNÉRABLES (ÂGÉES OU EN SITUATION DE HANDICAP) ET PRÉSENTES A CHILLY-MAZARIN A CETTE PÉRIODE

✚ QUALITÉ AU TITRE DE LAQUELLE L'INSCRIPTION EST DEMANDÉE :

- Vous êtes une personne âgée de 60 ans et plus, résidant à son domicile
 Vous êtes une personne adulte en situation de handicap de moins de 60 ans (reconnue par la MDPH)
 Vous faites la demande en tant que tiers ou tuteur d'une personne âgée ou adulte en situation de handicap (préciser vos coordonnées) :

Civilité, Nom et votre qualité (enfants, tuteur, ami(e)...):
 N° de téléphone : / mail :@.....

ATTENTION CETTE INSCRIPTION NE PEUT SE FAIRE QU'AVEC L'AUTORISATION DES/DE LA PERSONNE (S) À INSCRIRE.

✚ COORDONNÉES DE LA PERSONNE OU DES PERSONNES A INSCRIRE :

1) NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

2) NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

3) NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE PRÉCISE :

Étage Bâtiment N° d'appartement Code Interphone..... Code Entrée
 N°: Nom de la voie

TÉLÉPHONE : PORTABLE : FIXE :

MAIL :@.....

SITUATION DE FAMILLE : seul(e) en couple en famille

Avez-vous des Enfant (s) ? : oui non **Si oui**, domicilié(s) : En Région Parisienne Hors Région Parisienne

Bénéficiez-vous de la Téléassistance : oui non **Si oui** VITARIS Autres

Bénéficiez-vous d'une aide à domicile ? : oui non **Si oui**, indiquer les jours d'intervention :

IMPORTANT :

Si la personne inscrite sur le registre S'ABSENTE pendant cette période, il est IMPÉRATIF de prévenir le Pôle Santé Handicap (par téléphone : 01-69-10-37-47 ou par mail service.solidarites@ville-chilly-mazarin.fr EN CAS DE NON RÉPONSE à un appel ou une visite, les secours d'urgence seront prévenus risquant ainsi de forcer l'accès de votre domicile.

Dans le cas où des absences sont déjà programmées, merci d'en indiquer la(les) date(s) :

.....

PERSONNE(S) A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

CONTACT 1	CONTACT 2
NOM :	NOM :
PRÉNOM :	PRÉNOM :
ADRESSE :	ADRESSE :
TEL PORTABLE :	TEL PORTABLE :
TEL FIXE :	TEL FIXE :
QUALITÉ (à préciser : famille, amis) :	QUALITÉ (à préciser : famille, amis) :
A un double des clés du domicile : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	A un double des clés du domicile : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

NOM + VILLE DE VOTRE MÉDECIN TRAITANT :

Date de la demande :

Signature : De la personne concernée

Autres (à préciser) :

MERCİ DE TRANSMETTRE CE DOCUMENT AU PÔLE SANTE HANDICAP

→ **SOIT PAR MAIL** : service.solidarites@ville-chilly-mazarin.fr

→ **SOIT PAR COURRIER** : HÔTEL DE VILLE – PÔLE MISSION HANDICAP SANTE – PLACE DU 8 MAI 1945 – BP 107
91383 CHILLY-MAZARIN CEDEX

La commune de Chilly-Mazarin, collecte et traite les données personnelles recueillies dans ce bulletin, aux fins d'inscriptions au plan canicule. Vous pouvez exercer vos droits d'accès ou de rectification auprès de : service.solidarites@ville-chilly-mazarin.fr