



# PLAN LOCAL D'ALERTE ET D'URGENCE

La Ville invite les personnes âgées ou handicapées de la commune (ou leurs proches) à s'inscrire sur le registre communal des personnes isolées. En cas de canicule, les services du CCAS pourront prendre de leurs nouvelles et intervenir si besoin. Pour vous inscrire, ou inscrire un proche (avec son accord), appelez le 01 34 29 42 16, renvoyez la fiche de contact au CCAS ou téléchargez-la sur notre site internet [www.saintbrice95.fr](http://www.saintbrice95.fr)

## FICHE DE CONTACT

À renseigner et faire parvenir à l'adresse suivante :

CCAS – 14 rue de Paris 95350 SAINT-BRICE-SOUS-FORÊT – ou par courriel à [ccas@saintbrice95.fr](mailto:ccas@saintbrice95.fr)

- Je suis âgé(e) de 65 ans et plus, isolé(e) et je réside à mon domicile.
- Je suis âgé(e) de plus de 60 ans, reconnu(e) inapte au travail, isolé(e) et je réside à mon domicile.
- Je suis adulte handicapé(e), bénéficiaire d'un des avantages suivants : AAH, ACTP, carte d'invalidité, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, pension d'invalidité servie au titre d'un régime de base de la sécurité sociale ou du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre et je réside à mon domicile.

Je désire être inscrit(e) sur le registre communal des personnes isolées pour bénéficier des interventions des services sanitaires de ma commune dans le cadre du Plan départemental d'alerte et d'urgence en cas de risques exceptionnels (loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 et décret n° 2004-926 du 1<sup>er</sup> septembre 2004).

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : .....

Adresse : .....  
 .....  
 95350 SAINT-BRICE-SOUS-FORÊT

Téléphone : ..... Courriel : .....

### SERVICES INTERVENANT À DOMICILE

#### Médecin traitant

Nom : .....

Adresse : .....  
 .....

Tél. : .....

#### Infirmière

Nom : .....

Adresse : .....  
 .....

Tél. : .....

#### Aide à domicile

Nom : .....

Adresse : .....  
 .....

Tél. : .....

#### Autres

Nom : .....

Adresse : .....  
 .....

Tél. : .....

### PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....  
 .....

Tél. : ..... Courriel : .....

Date de la demande (jj/mm/aaaa) : .....

#### Demande faite par :

- l'intéressé(e)
- le représentant légal (nom, prénom, téléphone) : .....
- un tiers (nom, prénom, téléphone, qualité) : .....

Vous disposez, conformément aux dispositions de la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données vous concernant. Ces données nominatives ne peuvent être consultées que par les agents chargés de la mise en œuvre de ce recueil et de celle du plan d'alerte et d'urgence visé à l'article L.116-3 du code de l'Action Sociale et des Familles. Ces informations sont recueillies, transmises et utilisées dans des conditions garantissant leur confidentialité et selon des modalités fixées par le décret n° 2004-926 du 1<sup>er</sup> septembre 2004.

