

## PLANS CANICULE/GRAND FROID CRISE SANITAIRE & PLAN COMMUNAL DE SAUVEGARDE

**Protégez-vous,  
inscrivez-vous !**

Je souhaite être inscrit(e) sur le registre **plans canicule/grand froid/crise sanitaire** et autorise le CCAS à me contacter afin de s'assurer de mon état de santé ou de mes besoins durant ces périodes. Publics concernés : habitants de + de 65 ans, ou de + de 60 ans inaptes au travail, ou en situation de handicap.

Je souhaite être inscrit(e) sur le registre du **Plan Communal de Sauvegarde\* de Sadirac** et autorise les services municipaux à me contacter afin de s'assurer de mon état de santé ou de mes besoins durant une alerte.

*\*Le Plan Communal de Sauvegarde participe à la protection des populations en organisant une réaction rapide face à des situations variées portant atteintes à la sécurité des populations.*

### BÉNÉFICIAIRE

NOM et Prénom :

Date de Naissance :          
J J M M A A A A

Situation de famille :  Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)

### ADRESSE & CONTACTS

Adresse :

Accessibilité du logement :  Plein pied  Etage, précisez :  Ascenseur  Escalier Si appartement, code d'accès :

N° Téléphone fixe : .. / .. / .. / .. / ..      Portable : .. / .. / .. / .. / ..

Avez vous des enfants ? :  OUI  NON

Pouvez-vous nous communiquer leur coordonnée téléphonique ? Téléphone : .. / .. / .. / .. / ..

Téléphone : .. / .. / .. / .. / ..

### CONJOINT(E)

NOM et Prénom :

Date de Naissance :        
J J M M A A

## PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM et Prénom :

Qualité :

N° Téléphone fixe : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_      Portable : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Adresse :

CP/Ville :

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

NOM médecin traitant :       N° Téléphone : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Avez-vous la climatisation à votre domicile :  OUI  NON

Avez-vous une aide ménagère ou auxiliaire de vie :  OUI  NON

Si oui, merci de nous indiquer le nom du prestataire et ses coordonnées :

     N° Téléphone : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Bénéficiez-vous d'un autre service (portage de repas, téléalarme, service de soins...) :  OUI  NON  Aucun service

Si oui, merci de nous indiquer le nom du service et son contact :

     N° Téléphone : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

## ÉQUIPEMENT MÉDICAL IDENTIFIÉ À DOMICILE

Exemple : oxygène, fauteuil manuel ou électrique, lit médicalisé, etc.

Téléassistance :  OUI  NON

Traitement médical à prendre obligatoirement :  OUI  NON

## BULLETIN REMPLI PAR

L'intéressé       Autre      Si autre, précisez NOM, Prénom et qualité :

**Je consens** à ce que les données relatives à mon état de santé soient enregistrées par le service du CCAS.

**J'atteste avoir été informé(e) que :**

- cette inscription n'est soumise à aucune obligation et chaque renseignement de ce questionnaire est facultatif ;
- les informations recueillies seront transmises à la commune de Sadirac pour mon inscription aux registres *Plan canicule/grand froid/crise sanitaire* et/ou *Plan Communal de Sauvegarde* ;
- cette fiche de renseignements a vocation d'aider les services publics et de secours mobilisés à porter assistance en cas de nécessité.

Date :      /      /

Signature

CCAS de Sadirac - Mairie de Sadirac 25 route de Créon - 33670 SADIRAC

Téléphone : 05 56 30 50 86 - ccas@sadirac.fr

Dispositif permanent et général d'alerte à la population prévu par décret n°2005-1156 pour appliquer la loi n°2004-811 relative à la modernisation de la sécurité civile. S'inscrire au registre et renseigner tous les champs du formulaire sont facultatifs. L'inscription permet un service personnalisé, ce qui n'exclut aucune personne de bénéficier des secours. Ces données sont destinées uniquement à aider les pouvoirs publics dans l'organisation des secours et aide à la population en cas de nécessité. Le responsable du registre nominatif, mis à jour chaque année, est M. le Maire de la commune de SADIRAC. Les destinataires des données recueillies sont le Maire, le CCAS et les agents du service de prévention des risques et de gestion de crise de la commune de SADIRAC, ainsi que sur sa demande, le Préfet. Conformément à la loi n°78-17 "Informatique et Liberté", vous disposez de droit d'opposition, de rectification, et de suppression des données qui vous concernent en vous adressant par courrier à mairie, 25 route de Créon, 33670 Sadirac, ou par courriel à infomairie@sadirac.fr

Février 2025