



C.C.A.S. DE FLEVILLE-DEVANT-NANCY

18 rue du Château – 54710 FLEVILLE

03.83.26.35.25

E-mail : ccas@fleville.fr



! IMPORTANT

Au niveau local, le Maire est chargé de recenser les personnes qui souhaiteraient être contactées lors du déclenchement par la Préfecture de Meurthe-et-Moselle, d'un plan d'alerte, que ce soit canicule, grand froid ou urgence sanitaire (tel le confinement dans le cadre de la Covid 19).

L'inscription des personnes âgées, fragilisées ou handicapées sur un **registre confidentiel** favorise l'intervention des services sociaux et sanitaires en cas de déclenchement d'un plan d'alerte et d'urgence. Cette démarche doit être effectuée par la personne elle-même ou par un tiers.

L'équipe du CCAS se mobilise pour revoir cette liste afin de pouvoir appeler toutes les **personnes fragiles et/ou isolées** qui le demanderont.

Pour vous inscrire, merci de compléter le coupon situé au dos.

Attention : Une inscription est nécessaire afin de bénéficier d'appels.





C.C.A.S. DE FLEVILLE-DEVANT-NANCY

Plan national CANICULE / GRAND FROID / CRISE SANITAIRE

*Je souhaite être contacté(e) en cas de déclenchement
d'un plan d'alerte par la Préfecture.*

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

NOM Prénom Date de naissance.....
Adresse n°.....rue.....54710 FLEVILLE-DT-NANCY
Tél portable : Tél fixe :
Courriel (si vous en avez un)..... Avez-vous la climatisation ? ☐oui ☐non
Vivez-vous seul(e) ? ☐ oui ☐ non, préciser avec qui :
NOM..... Prénom..... Date de naissance.....
Combien de contacts avez-vous avec vos proches ?
➡fois par jour,fois par semaine,fois par mois
Etes-vous ☐ valide ☐ à mobilité réduite ☐ en fauteuil roulant
Souhaitez-vous déclarer des soucis de santé autres :
.....(ces informations resteront confidentielles)
Nom de votre médecin traitant : Ville : Tél :
Bénéficiez-vous d'une intervention à domicile ? Si oui, merci de préciser :
☐ d'un service infirmier : Nom : Tél :
☐ d'une aide à domicile / organisme : Tél :
☐ autre : Nom : Tél :
☐ téléassistance : Nom : Tél :
*J'atteste les informations portées sur ce document et m'engage à signaler en mairie toute absence de
plusieurs jours (congrés, cure, hospitalisation...).*
Date (+ signature)

PERSONNES A JOINDRE en cas de besoin ou de non-réponse de votre part à nos appels

1/ NOM..... Prénom.....Lien de parenté
Adresse Tél portable :
Courriel
2/ NOM..... Prénom.....Lien de parenté
Adresse Tél portable :
Courriel
Si vous êtes un tiers qui souhaitez déclarer cette personne, merci de préciser :
NOM.....Prénom.....Courriel.....
Lien de parenté..... Tél portable..... Tél fixe.....
Courriel.....
Adresse.....

A déposer à l'accueil de la mairie ou à envoyer à ccas@fleville.fr

