



Mairie de Suèvres

PLAN D'ALERTE ET D'URGENCE

REGISTRE COMMUNAL : INSCRIPTION EN CAS DE RISQUES EXCEPTIONNELS



Depuis plusieurs années nous connaissons de plus en plus de catastrophes (canicules, froids intenses, épidémie, verglas, neige...). Par précaution, le gouvernement a pris des mesures sanitaires et sociales. Dans ce cadre, la commune se doit de tenir un registre regroupant des renseignements utiles pour répondre à différents problèmes qu'une personne isolée et fragile peut rencontrer et dont elle peut être victime lors d'aléas climatiques et pandémiques.

IDENTITE

Civilité : Madame Mademoiselle Monsieur
Nom : Prénom :
Date de naissance :/...../ 19.... Lieu de naissance :

SITUATION

Personne de plus de 60 ans
 Personne de moins de 60 ans reconnue inapte au travail
 Personne adulte Handicapée AAH, PCH (ex ACTP), carte d'invalidité, pension d'invalidité, reconnaissance TH
Mode de déplacement dans le domicile : Seul Canne Fauteuil roulant Déambulateur
Mesure de protection (curatelle, tutelle) : Oui Non
Soumis à un traitement nécessitant une hospitalisation régulière Oui Non

Situation Matrimoniale :
 En couple
 Seul(e)

COORDONNEES

Adresse :
☎ : ☎ Portable :
Adresse e-mail :

CONTACTS

✓ **Personne à prévenir en cas d'urgence.**

Possède-t-elle les clefs du domicile ? Oui Non
Nom : Prénom :
Lien avec la personne concernée (parent, ami, voisin, tuteur, ...) :
Adresse Complète :
☎ : ☎ Mobile :
Adresse e-mail :

✓ **Coordonnées d'un proche (parent, ami, voisin, tuteur ...).**

Possède-t-il les clefs du domicile ? Oui Non

Nom : Prénom :

Lien avec la personne concernée (parent, ami, voisin, tuteur, ...) :

Adresse Complète :

☎ : ☎ Mobile :

Adresse e-mail :

✓ **Fréquence des visites au domicile :**

1 fois / an 1 fois / mois 1 fois / semaine Autre (préciser)

LES SERVICES INTERVENANT A DOMICILE

NOM - ADRESSE

Médecin Traitant	☎
Pharmacien	☎
Infirmière	☎
Assistance Sociale	☎
Service télé assistance	☎
Services des Soins à domicile (ASSAD...)	☎
Services d'aide à domicile (ADMR...)	☎
Autre :	☎

BULLETIN REMPLI PAR (si différent de la rubrique identité) :

Nom : Prénom : ☎ :

Lien avec la personne concernée : ☎ Mobile :

Adresse Complète :

Adresse e-mail :

J'accepte que ces informations, transmises en mairie, soient communiquées, en cas de besoin, aux services sociaux et Médico-sociaux susceptibles de me prendre en charge.

Fait à
Le

Signature