

COMMUNE DE SAINT-CLAR-DE-RIVIÈRE

4 Rue Jean Jaurès
31600 Saint-Clar-de-Rivière
05.61.56.01.92
mairie@saintclarderiviere.fr

**Demande d'inscription sur le
registre nominatif****Personne vulnérable / canicule / grand froid / crise sanitaire****État civil de la personne demandant à figurer sur le registre****NOM :****Prénom :****Adresse :****Date de naissance :****Téléphone :****Mail :**

Sollicite mon inscription sur le registre des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence consécutif à une situation de risques exceptionnels, climatiques ou autres.

- ☐ en qualité de personne âgée de 65 ans et plus
☐ en qualité de personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail
☐ en qualité de personne handicapée

Je suis informé(e) que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de ma part.

Situation personnelle

- ☐ Seul(e) ☐ En couple ☐ Avec votre enfant

Autre, précisez :**Vous recevez régulièrement de la visite :** ☐ OUI ☐ NON

Si oui, à quelle fréquence – Personnes vous rendant visite :

- ☐ Moins de 2 fois par semaine ☐ Famille
☐ Au moins 2 fois par semaine ☐ Voisins / Amis

Je déclare bénéficier de l'intervention

- ☐ D'un service d'aide à domicile

Nom : **Tél :**

- ☐ D'un service de soins infirmiers à domicile

Nom : **Tél :**

- ☐ D'un autre service

Nom : **Tél :**

- ☐ D'aucun service à domicile ☐ De la téléassistance

Interventions hebdomadaires

	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim
Aide à domicile							
Soins infirmiers							
Portage des repas							
Kinésithérapeute							
Autres							

Équipements

☐ Climatiseur ☐ Ventilateur ☐ Rien

Êtes-vous porteur de prothèses auditives : ☐ OUI ☐ NON

Avez-vous des difficultés pour répondre au téléphone : ☐ OUI ☐ NON

Médecin traitant

NOM : Téléphone :

Adresse :

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence

(Veiller à les tenir informées de votre demande)

1re personne

Nom / Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Lien avec la personne (parents / amis / voisins) :

2e personne

Nom / Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Lien avec la personne (parents / amis / voisins) :

En cas de déclenchement du plan, le service vous contactera au moyen d'un téléphone fixe ou portable.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande.

Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler aux services municipaux toute modification concernant ces informations, aux fins de mettre à jour les données permettant de me contacter.

Fait à : Le : Signature :

Pour information

La commune adhère au **SIAS Escaliu**, service d'aide et d'accompagnement à domicile pour les personnes de plus de 60 ans et les personnes en situation de handicap : aide à l'entretien du domicile, courses et repas, accompagnement aux déplacements, livraison de repas à domicile — avec **possibilité d'aides financières du Conseil Départemental** de la Haute-Garonne selon votre situation.

*Renseignements en Mairie — **Mmes Lasserrade et Dangles**, déléguées CCAS / SIAS.*