

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE DEPARTEMENT DE SEINE-ET-MARNE  Commune de LUZANCY	S'inscrire au registre nominatif 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.
PLAN D'ALERTE ET D'URGENCE AU PROFIT DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES HANDICAPEES EN CAS DE RISQUES EXCEPTIONNELS Dispositif d'alerte ponctuelle à la population fragile Prévu par le Code d'action sociale et des familles <u>FICHE D'INSCRIPTION</u> <u>AU REGISTRE NOMINATIF</u>	Cadre réservé à l'administration Moyen d'évacuation : ☐ accès individuel ☐ accès collectif ☐ porte ☐ fenêtre ☐ présence escaliers ☐ autre _____ Transport : ☐ assis ☐ debout ☐ allongé ☐ autre _____

Personne Fragile concernée NOM : PRENOMS :	Date de naissance : Adresse : Téléphone :
Responsable légal NOM : PRENOMS :	Adresse : Téléphone portable : Téléphone fixe : Téléphone professionnel : Adresse employeur :
Personne à prévenir en cas d'urgence NOM : PRENOMS :	Adresse : Téléphone portable : Téléphone fixe : Téléphone professionnel : Adresse employeur :

SANTE Coordonnées médecin traitant Nom : Prénom : Adresse du cabinet : Téléphone :	AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupes ISO, Ressources) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 Souffrez-vous d'une difficulté d'ordre loco/moteur ? ☐ station debout pénible ☐ personne à mobilité réduite ☐ fauteuil roulant ☐ canne ☐ déambulateur ☐ autre _____ Présentez-vous des difficultés d'ordre sensoriel /cognitif ? Audition ☐ oui ☐ non Visuel ☐ oui ☐ non Compréhension ☐ oui ☐ non Suivez-vous un traitement ? ☐ allergique ☐ cardiaque ☐ autre, précisez _____ ☐ particularité alimentaire _____
	OBSERVATIONS PARTICULIERES : ☐ Je consens à ce que les données relatives à mon état de santé soient enregistrées dans le « registre nominatif » des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence au profit des personnes âgées et des personnes handicapées en cas de risques exceptionnels. Fait à, le <i>Signature</i>

Jours de présence dans un établissement d'accueil <i>(cocher la (les) case(s) correspondante(s) à votre situation, préciser les dates et barrer les jours d'absence)</i>	☐ Toute la semaine ☐ Lundi - Mardi - Mercredi - Jeudi - Vendredi - Samedi - Dimanche Précisez les horaires : ☐ Toute l'année ☐ Vacances scolaires. Précisez les périodes concernées :
--	---

OBSERVATIONS PARTICULIERES AUTRES	Vivez vous seul(e) à votre domicile	☐ oui ☐ non
	Disposez-vous d'un système de téléassistance	☐ oui ☐ non
	Bénéficiez-vous de prestations à domicile :	☐ oui ☐ non
	Si oui, lesquels ?	
	- Service d'aide à la personne ☐ oui ☐ non - Service d' aide-ménagère ☐ oui ☐ non - Portage de repas ☐ oui ☐ non - Autre ☐ oui ☐ non	

Je soussigné(e), Monsieur / Madame

Atteste avoir été informé(e), en qualité de personne fragile ou en tant que parent(s), tuteur, curatelle, ou autre représentant légal (à préciser.....),

Que :

- L'inscription au registre nominatif n'est soumise à **aucune obligation**,
- **Chaque renseignement** de ce questionnaire est **facultatif**,
- Les informations recueillies seront transmises à la commune de Luzancy dans le cadre du **plan d'alerte et d'urgence au profit des personnes fragiles** (personnes âgées, personnes atteintes d'un handicap, personnes **vulnérables et/ou isolée...**) en cas de risques exceptionnels, pour la **mise en place de dispositif d'alerte ponctuelle à la population fragile**,
- Cette fiche de renseignements a pour **vocation d'aider les services publics mobilisés à me porter assistance en cas de nécessité.**

Fait à, le

Signature

