

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE CANICULE

Afin de prévenir les effets d'une éventuelle canicule, la Ville de Saily sur la Lys met en œuvre désormais un « **PLAN CANICULE** ».

Ce plan comporte notamment la constitution, par la ville et le CCAS, d'un registre des personnes vulnérables à contacter en cas de forte chaleur, pour leur venir en aide si nécessaire.

Si vous avez **70 ans et plus** ou **êtes en situation de handicap**, vous pouvez, si vous le souhaitez, vous inscrire sur le registre nominatif institué dans le cadre du **PLAN D'ALERTE ET D'URGENCE** pour prévenir les risques exceptionnels, en retournant ce questionnaire confidentiel à :

**MAIRIE DE SAILLY SUR LA LYS – Centre Communal d'Action Sociale**  
**1071 rue de la Lys**  
**Téléphone : 03.21.27.64.05**

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

**VOUS :**

Nom :  
Prénom :  
Né(e) le :  
Adresse :  
Téléphone :

**VOTRE CONJOINT (E) :**

Nom :  
Prénom :  
Né(e) le :  
Adresse courriel :

**Situation de famille :**

seul (e) :                       en couple                       en famille

**Enfant(s) :**

Non                       Oui                       Si oui, à proximité                       éloigné(s)

**Difficultés particulières liées à :**

L'isolement                       L'habitat                       au déplacement   
Autre (précisez) : .....

**Période d'absence de votre domicile :**

**Avez-vous prévu de vous absenter de votre domicile :**

Oui                       Non

**Si oui, précisez la ou les période(s) :**

Du ..... au ..... inclus

Et du ..... au ..... inclus

**Personne(s) à contacter en cas de non réponse :**

Nom :

Prénom :

Qualité :

Adresse :

Téléphone fixe :

Tél. professionnel :

Portable :

Nom :

Prénom :

Qualité :

Adresse :

Téléphone fixe :

Tél. professionnel :

Portable :

**Interventions dont vous bénéficiez :**

**Service d'aide à domicile**

Intitulé du service :

Adresse et téléphone :

**Service de soins infirmiers à domicile**

Intitulé du service :

Adresse et téléphone :

**Médecin traitant**

Nom :

Adresse et téléphone :

**Autre service**

Intitulé du service :

Adresse et téléphone :

**Bénéficiez-vous de la téléassistance ?**

Oui

Non

**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.**

Les informations sont recueillies, transmises et utilisées dans des conditions garantissant leur confidentialité.

Si les services municipaux n'obtiennent aucune réponse aux numéros communiqués ci-dessus, la ville de Sailly fera déplacer à votre domicile une personne mandatée par la mairie.

**En cas de non réponse de votre part, vous autorisez la Ville de Sailly à faire appel aux personnes désignées ci-dessus ou aux services d'urgence :**

Oui

Non

Fait à Sailly sur la Lys, le  
Signature obligatoire :