

BULLETIN D'INSCRIPTION 2021

(Article L. 121-6-1 et R121-2 à 12 du code de l'action sociale et des familles)

Bulletin à remplir en LETTRES MAJUSCULES, soit :

- Par la personne âgée ou la personne en situation de handicap,
- Par un tiers ou représentant légal

Et à retourner par courrier au : CCAS DE LA VILLE DE LYON- Mairie de Lyon-69205 LYON CEDEX 01

1- IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE

M. Mme
NOM : PRÉNOM(S) :
NÉ(E) LE : \ \ à
ADRESSE:.....
.....code interphone :.....étage :.....
TÉLÉPHONE :SITUATION FAMILIALE : isolé(e) couple en famille

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 exceptionnels, climatiques ou autres.

Je demande mon inscription :

- 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 en situation de handicap

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.

2- RÉFÉRENCES DU SERVICE MÉDICAL OU SOCIAL INTERVENANT A VOTRE DOMICILE OU EN CONTACT AVEC VOUS

Je déclare bénéficiaire de l'intervention :

d'un service d'aide à domicile
Nom du service :
Adresse:
Téléphone :
Nombre de passages

d'un service de soins infirmiers à domicile
Nom du service :
Adresse:.....
Téléphone :
Nombre de passages

d'un autre service
Nom du service :
Adresse :
Téléphone :
Nombre de passages

d'aucun service à domicile

3- PERSONNES DE VOTRE ENTOURAGE A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

① NOM / Prénom(s) :

En qualité de.....

Adresse :

Téléphone :

② NOM / Prénom(s) :

En qualité de.....

Adresse :

Téléphone :

4- PÉRIODES D'ABSENCE ENTRE JUIN ET SEPTEMBRE 2021

IMPORTANT - veuillez préciser les dates de vos absences prévues entre le 1^{er} juin et le 15 septembre 2021 [si ces dates changent, nous vous remercions de nous le signaler en appelant Lyon En Direct - ☎ 04 72 10 30 30]:

▶ Absences en juin :

▶ Absences en juillet :

▶ Absences en août :

▶ Absences en septembre :

5- SI LE BULLETIN EST REMPLI POUR LE BÉNÉFICIAIRE PAR UN TIERS, VEUILLEZ PRÉCISER VOS COORDONNÉES :

M. Mme

Nom :..... Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Agissant en qualité de :

Représentant légal

Service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile

Médecin traitant

Autre : (merci de le préciser)

La personne concernée est-elle informée de votre démarche d'inscription ? 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/CCAS toute modification concernant ces informations, aux fins de mettre à jour les données permettant de me contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence (04.72.10.30.30 ou 04.26.99.62.64).

En vous inscrivant, vous acceptez qu'une personne du CCAS vous téléphone quotidiennement en cas d'alerte niveau 3 (sauf le dimanche) et qu'en cas de plusieurs appels sans réponse, **une procédure de déplacement à votre domicile des services d'urgence soit enclenchée pour s'assurer que vous allez bien.**

Fait à, le

Signature obligatoire

Les informations communiquées ont pour seul objet le plan départemental d'alerte et d'urgence. Elles restent confidentielles et sont destinées exclusivement à l'usage du Centre Communal d'Action Sociale de la Ville de Lyon, responsable de leur traitement. Elles seront traitées en conformité avec la loi du 06/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.