

Personnes de votre
Entourage à prévenir

1) Nom et Prénom :
Lien (enfant, voisin..).....
Téléphone :
2) Nom et Prénom :
Lien (enfant, voisin..).....
Téléphone :

Coordonnées du
Médecin traitant

Nom :
Prénom :
Téléphone :

Coordonnées d'une
personne intervenant
à domicile

Nom :
Prénom :
Qualité :
Téléphone :

Si vous remplissez ce
formulaire pour
le bénéficiaire, précisez
vos coordonnées

Nom :
Prénom :
Téléphone :
Adresse :
Code Postal :
Ville :
Représentant légal : oui non

Labastide Rouairoux, le Signature :

Les données communiquées par téléphone ou dans le cadre de ce bulletin d'inscription ont pour seul objet le plan d'alerte et d'urgence départementale en cas de risque exceptionnel. Elles sont destinées à l'usage exclusif de la mairie de Labastide Rouairoux. Vous disposez, en outre, d'un droit d'accès aux informations vous concernant ainsi que d'un droit de rectification de ces données, conformément à la loi informatique et libertés.



Mairie de LABASTIDE ROUAIROUX

05 63 98 01 26 commune.labastide-rouairoux@orange.fr

Site internet : www.labastide-rouairoux.fr

**PARCE QUE LA CHALEUR
REND PLUS VULNERABLE**

**PROTEGEZ-VOUS EN VOUS INSCRIVANT
AUPRES DES SERVICES DE LA MAIRIE**





CANICULE ?

Vous êtes âgé(e) de 70 ans et plus, vous êtes en situation de handicap, vous avez des problèmes de santé ou vous avez peur d'être seul(e) pendant l'été, inscrivez-vous ou faites-vous inscrire par l'un de vos proches auprès de la mairie.

Inscrivez-vous, protégez-vous !

Face aux fortes chaleurs de l'été, certains sont plus fragiles : l'augmentation des températures peut mettre en danger les personnes âgées, handicapées et isolées. C'est pourquoi la mairie de Labastide Rouairoux met en place chaque année un dispositif d'aide et d'accompagnement pour les plus vulnérables.

Pour en bénéficier, il suffit de vous inscrire en appelant le 05.63.98.01.26 ou en remplissant le bulletin ci-joint.

Pourquoi vous inscrire ?

En cas de canicule, les personnes inscrites seront contactées, en toute confidentialité, par des agents municipaux mandatés pour s'assurer que tout va bien. En cas de problème ou de non réponse, une alerte est enclenchée et peut être suivit d'une intervention à votre domicile. (N'oubliez pas de signaler des périodes d'absences de votre domicile).

L'inscription est gratuite et volontaire. Les informations communiquées sont confidentielles et la radiation peut intervenir sur simple demande.

BULLETIN D'INSCRIPTION

Identification du (des) bénéficiaires (Un seul bulletin par foyer)

Personne seule :

M. Mme

Quels sont vos problèmes de santé ?

Nom :

vue audition

Prénom :

Perte de repères spatiaux temporeux

Année de naissance :

AUTRES (précisez) :

Autre personne vivant au foyer :

M. Mme

Quels sont vos problèmes de santé ?

Nom :

vue audition

Prénom :

Perte de repères spatiaux temporeux

Année de naissance :

AUTRES (précisez) :

Domicile :

Adresse :

N° porte : Etage :

Ville : LABASTIDE ROUAIROUX

Téléphone habituel :

Second numéro :

Percevez-vous l'allocation personnalisée d'autonomie ?

oui non

Votre situation de handicap est-elle reconnue par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?

oui non