

## **PLAN DE PREVENTION CANICULE**

### **DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE DES PERSONNES AGEES DE PLUS DE 65 ANS ET PERSONNES HANDICAPEES**

NOM ..... PRENOM .....

AGE ..... Personne handicapée OUI NON\*

Adresse .....

Téléphone ..... Courriel .....@.....

Vivez-vous seule ? OUI NON\*

Service intervenant à domicile ? OUI NON\*

Nom du (des) service(s) .....

.....

Personne à contacter en cas d'urgence .....

Téléphone ..... Courriel .....@.....

Médecin traitant ..... Téléphone .....

Personne ayant effectuée la demande\* :  
- Personne elle-même  
- Membre de famille  
- Entourage  
- Tuteur / curateur  
- Autres (préciser)

\* Rayer la mention inutile

Cadre réservé à l'administration

Date de dépôt de la demande :