

**Dispositif**

**Canicule 2017**

Depuis le 3 septembre 2003, le plan national canicule est le dispositif de prévention et de gestion d’une canicule. Dans ce cadre, le maire de Lourdes met en place un registre nominatif des personnes âgées et des personnes handicapées.

La finalité exclusive de celui-ci est de permettre l’intervention ciblée des services sanitaires et sociaux auprès des personnes inscrites en cas de déclenchement du niveau d’alerte MIGA (« mise en garde et actions »).

Qui peut demander son inscription sur ce registre ?

- les personnes âgées de plus de 65 ans (60 ans en cas d’inaptitude au travail) résidant à leur domicile.  
  
- les personnes adultes handicapées bénéficiaires de l’AAH, de l’ACTP, d’une carte d’invalidité, de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, ou titulaires d’une pension d’invalidité.

Comment s’inscrire :

L’inscription n’est pas obligatoire.

Si vous étiez inscrit(e) l’année dernière :

* vous souhaitez toujours figurer sur ce registre et vous n’avez pas déménagé ni changé de numéro de téléphone, vous n’avez aucune démarche à faire,
* vous ne souhaitez plus figurer sur ce registre, alors vous devez retourner au CCAS la fiche de radiation datée et signée,
* Vous souhaitez réactualiser les données mentionnées sur le registre nominatif, il vous suffit de compléter la fiche de réactualisation au CCAS.

Pour ce faire, il vous suffit de vous adresser au Centre Communal d’Action Sociale de la ville de Lourdes, Immeuble Gazagne (face à la Mairie) où vous aurez à remplir un imprimé.

Cette inscription peut aussi se faire par un tiers c’est-à-dire un parent, un voisin, le médecin traitant…Dans ce cas, afin de signifier son accord la personne concernée doit signer un courrier de demande et/ou le formulaire d’inscription.

Pour plus d’information :

Centre Communal d’Action Sociale au 05 62 42 54 08.

**Dispositif**

**Canicule 2017**



Formulaire d’inscription sur le registre de repérage des personnes vulnérables

1. Coordonnées :

|  |  |
| --- | --- |
| MADAME | MONSIEUR |
| Nom : ………………………………………………………………… | Nom : ………………………………………………………………… |
| Prénom : …………………………………………………………… | Prénom : …………………………………………………………… |
| Nom de jeune fille : …………………………………………… |  |
| Date de naissance : …………………………………………… | Date de naissance : …………………………………………… |
| L’inscription est demandée au titre de : | |
| ❑ personne en situation de handicap | ❑ personne en situation de handicap |
| ❑ < 60 ans ❑ > 60 ans | ❑ < 60 ans ❑ > 60 ans |
| ❑ personne âgée (plus de 65 ans) | ❑ personne âgée (plus de 65 ans) |

Vous vivez : ❑ seul(e) ❑ en couple ❑ en famille ❑ autre (précisez)…………………………..

Adresse complète : …………………………………………………………………………………………………….……………….……. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

Détails (étage, appartement, n° d’interphone…) :………………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

Type de logement : ❑ Individuel ❑ Collectif ❑ Collectif avec gardien

Téléphone fixe  :……………………………………….. Téléphone portable :………………………………………..

Dates et durées d’absences prévues du domicile : ……………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

1. Entourage de la personne :

Personnes à prévenir en cas d’incident :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1er contact | 2ème contact | 3ème contact |
| Nom |  |  |  |
| Prénom |  |  |  |
| Lien (parent, ami, voisin…) |  |  |  |
| Téléphone du domicile |  |  |  |
| Téléphone portable |  |  |  |
| Téléphone professionnel |  |  |  |
| Adresse |  |  |  |
| Dates d’absence prévues en juillet-août |  |  |  |

Prestations à domicile dont vous bénéficiez :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Prestations | Coordonnées | Jours et h. d’intervention |
| Portage des repas |  |  |
| Aide-ménagère |  |  |
| Téléalarme |  |  |
| Soins à domicile (SSIAD ou infirmière) |  |  |
| Aide à domicile |  |  |
| Autre : ………………………………... |  |  |

Nom et coordonnées du médecin traitant : ………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………..…………………………………….……………………………………....

Activités extérieures (précisez les jours et heures) : …………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………..…………………………………….……………………………………....

Autres informations que vous souhaitez nous communiquer : ……………………………………………………………

……………………………………………………………………………..…………………………………….……………………………………....

……………………………………………………………………………..…………………………………….……………………………………....

1. Mentions légales :

J’autorise le CCAS de la ville de Lourdes à intégrer les informations de ce document au registre des personnes à contacter en cas de canicule.

❑ OUI ❑ NON

L’intéressé(e) peut consulter et modifier ces données en s’adressant au CCAS.

Le CCAS s’engage à garder la confidentialité de ces données.

La radiation du registre peut être réalisée à la demande de l’intéressé(e) et/ou en cas de départ de la commune.

Date : Signature de l’intéressé(e) :

Nom, qualité et signature du déclarant

si différent de l’intéressé(e) :

Fiche à retourner au :

**Centre Communal d’Action Social**

**Mairie de Lourdes - Villa Gazagne**

**2 place de l’Hôtel de Ville**

**65 100 Lourdes**

**Tél : 05.62.42.54.08.**