

**PLAN CANICULE 2025**

**Fiche de recensement personne âgée de plus de 65 ans, de plus de 60 ans inapte au travail,ou personne en situation de handicap**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM :** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRENOM :** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date de naissance :** |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Age :** |  |

**Téléphone fixe : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

**Téléphone portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

**Adresse mail……………………………………………………….@.................................................**

**Adresse (n° et nom de la voie) :**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Etage………… Numéro de Porte………… Code Porte…………….. Interphone………………………**

**Nombre de personnes vivant dans le foyer ?........... Age: …….. …….. ………**

|  |  |
| --- | --- |
| NON |  |

|  |  |
| --- | --- |
| OUI |  |

**Partez-vous de votre domicile cet été ?**

**Date : du …………../……………/ au …………………/……………..**

|  |  |
| --- | --- |
| OUI |  |

|  |  |
| --- | --- |
| NON |  |

|  |  |
| --- | --- |
| NON |  |

|  |  |
| --- | --- |
| NON |  |

**Avez-vous des difficultés à vous déplacer ?**

|  |  |
| --- | --- |
| NON |  |

|  |  |
| --- | --- |
| OUI |  |

|  |  |
| --- | --- |
| OUI |  |

**Handicap moteur? Fauteuil roulant ?**

|  |  |
| --- | --- |
| OUI |  |

**Avez-vous des visites régulières ?**

|  |  |
| --- | --- |
| OUI |  |

|  |  |
| --- | --- |
| NON |  |

**Proches pouvant être contacté ?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lien de parenté/ relation/tuteur** | **NOM** | **Coordonnées** |
|  |  |  |
|  |  |  |

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 reconnait à toute personne figurant dans un traitement, le droit d’accès aux renseignements la concernant (Articles 34 et suivants). Vous avez également le droit de rectification ou d’opposition sur les données nominatives vous concernant, sachant que ces réponses ne sont pas obligatoires et que le défaut de réponse n’entrainera aucune conséquence, il est précisé que les informations recueillies ne seront utilisées que par la ville pour les risques exceptionnels (canicule) et ne seront pas diffusées.

**Je soussigné(e)**

**NOM Prénom …………………………………………………………………………………………………………..**

**Autorise la Mairie de Clichy à enregistrer mes coordonnées et à m’informer de tous les messages « risques exceptionnels ».**

**Clichy le………………………………………………** **Signature :**

**Document à renvoyer à l’adresse suivante :**

**CCAS- Pôle Autonomie– 80 Bd du Général Leclerc- 92110 CLICHY**

[**canicule@ville-clichy.fr**](mailto:canicule@ville-clichy.fr)