

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p align="center"><b>PLAN D'ALERTE ET D'URGENCE</b><br/>AU PROFIT DES PERSONNES AGEES ET DES<br/>PERSONNES HANDICAPEES<br/><b>EN CAS DE RISQUES EXCEPTIONNELS</b><br/><b>Dispositif d'alerte ponctuelle à la population fragile</b><br/>Prévu par le Code d'action sociale et des familles</p> | <p><b>S'inscrire au registre nominatif et renseigner tous les champs du formulaire sont facultatifs.</b><br/>L'inscription permet un service personnalisé, ce qui n'exclut aucune personne de bénéficier des secours.</p> <div style="background-color: #f0f0f0; padding: 5px; border: 1px solid black;"> <p align="center"><b>Cadre réservé à l'administration</b></p> <p><input type="checkbox"/> Personne isolée    <input type="checkbox"/> Personne de 60 ans et plus<br/> <input type="checkbox"/> Handicap auditif    <input type="checkbox"/> Handicap visuel    <input type="checkbox"/> Handicap moteur</p> </div> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |              |           |            |              |              |           |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------|-----------|------------|--------------|--------------|-----------|--|
| <p><b>Personne concernée</b><br/>NOM : _____<br/><br/>PRENOMS : _____<br/><br/>Date de naissance : _____</p>                                                                                                            | <p><input type="checkbox"/> Appartement    <input type="checkbox"/> Maison<br/>         Adresse : _____<br/>         _____<br/>         Etage _____ Porte _____ Code _____<br/>         Téléphone fixe : _____ Téléphone portable: _____<br/> <b>Personne vivant seule au domicile :</b> <input type="checkbox"/> OUI    <input type="checkbox"/> NON<br/> <b>Le logement dispose :</b> <input type="checkbox"/> D'une pièce rafraîchie    <input type="checkbox"/> D'un chauffage    <input type="checkbox"/> De volets</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |           |              |           |            |              |              |           |  |
| <p><b>Responsable légal</b><br/>NOM : _____<br/><br/>PRENOMS : _____<br/><br/><b>Dispose de clefs :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>                                                   | <p>Adresse : _____<br/>         _____<br/>         Téléphone fixe : _____ Téléphone portable: _____<br/>         Téléphone professionnel : _____<br/>         Lien : _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |              |           |            |              |              |           |  |
| <p><b>Personne à prévenir en cas d'urgence</b><br/>NOM : _____<br/><br/>PRENOMS : _____<br/><br/><b>Dispose de clefs :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>                                | <p>Adresse : _____<br/>         _____<br/>         Téléphone fixe : _____ Téléphone portable: _____<br/>         Téléphone professionnel : _____<br/>         Lien avec la personne fragile: _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |              |           |            |              |              |           |  |
| <p><b>Santé</b><br/><br/><b>Coordonnées médecin traitant</b><br/><br/>NOM : _____<br/><br/>PRENOMS : _____<br/><br/>Adresse du cabinet : _____<br/>         _____<br/>         _____<br/>         Téléphone : _____</p> | <p><b>AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupes ISO, Ressources)</b><br/> <input type="checkbox"/> 1    <input type="checkbox"/> 2    <input type="checkbox"/> 3    <input type="checkbox"/> 4    <input type="checkbox"/> 5    <input type="checkbox"/> 6    <input type="checkbox"/> Non concerné</p> <p><b>Souffrez-vous d'une difficulté d'ordre :</b><br/> <input type="checkbox"/> station debout pénible    <input type="checkbox"/> à mobilité réduite    <input type="checkbox"/> fauteuil    <input type="checkbox"/> canne<br/> <input type="checkbox"/> déambulateur    <input type="checkbox"/> autre _____<br/> <input type="checkbox"/> Déficience auditive    <input type="checkbox"/> Handicap visuel    <input type="checkbox"/> Assistance respiratoire</p> <p><b>Suivez-vous un traitement :</b><br/>         _____<br/>         _____<br/>         _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Observations particulières</b> _____</p> |           |              |           |            |              |              |           |  |
| <p><b>Absences du domicile</b></p>                                                                                                                                                                                      | <p><b>Absences régulières hebdomadaires</b></p> <table style="width:100%;"> <tr> <td>- Lundi :</td> <td>- Vendredi :</td> </tr> <tr> <td>- Mardi :</td> <td>- Samedi :</td> </tr> <tr> <td>- Mercredi :</td> <td>- Dimanche :</td> </tr> <tr> <td>- Jeudi :</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>Absence Ponctuelle ou Congés d'été (du 1er juin au 31 aout). Précisez les périodes concernées:</b><br/>         _____<br/>         _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | - Lundi : | - Vendredi : | - Mardi : | - Samedi : | - Mercredi : | - Dimanche : | - Jeudi : |  |
| - Lundi :                                                                                                                                                                                                               | - Vendredi :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |           |              |           |            |              |              |           |  |
| - Mardi :                                                                                                                                                                                                               | - Samedi :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |              |           |            |              |              |           |  |
| - Mercredi :                                                                                                                                                                                                            | - Dimanche :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |           |              |           |            |              |              |           |  |
| - Jeudi :                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |              |           |            |              |              |           |  |
| <p><input type="checkbox"/> <b>Service de téléalarme :</b></p>                                                                                                                                                          | <p><input type="checkbox"/> OUI    <input type="checkbox"/> NON</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |              |           |            |              |              |           |  |

|                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Portage de repas :</b><br>Nom: _____<br>Adresse : _____<br>Téléphone : _____            | Portage de repas assuré le(s) :<br>- Lundi : <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Soir      - Vendredi : <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Soir<br>- Mardi : <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Soir      - Samedi : <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Soir<br>- Mercredi : <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Soir      - Dimanche: <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Soir<br>- Jeudi: <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Soir<br><b>Dispose de clefs : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Aide à domicile :</b><br>Nom: _____<br>Adresse : _____<br>Téléphone : _____             | Jours et heure d'intervention :<br>- Lundi : _____      - Vendredi : _____<br>- Mardi : _____      - Samedi : _____<br>- Mercredi : _____      - Dimanche : _____<br>- Jeudi: _____<br><b>Dispose de clefs : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> <b>Soins infirmiers à domicile :</b><br>Nom: _____<br>Adresse : _____<br>Téléphone : _____ | Jours et heure d'intervention :<br>- Lundi : _____      - Vendredi : _____<br>- Mardi : _____      - Samedi : _____<br>- Mercredi : _____      - Dimanche : _____<br>- Jeudi: _____<br><b>Dispose de clefs : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> <b>Autre intervenant :</b><br>Nom: _____<br>Adresse : _____<br>Téléphone : _____           | Jours et heure d'intervention :<br>- Lundi : _____      - Vendredi : _____<br>- Mardi : _____      - Samedi : _____<br>- Mercredi : _____      - Dimanche : _____<br>- Jeudi: _____<br><b>Dispose de clefs : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>OBSERVATIONS PARTICULIERES</b>                                                                                   | _____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

Je soussigné(e), Mme, M..... atteste avoir été informé(e), en qualité de personne vulnérable, parents, tuteur, curatelle, ou autre représentant légal de Mme, M....., que :

- L'inscription au registre nominatif n'est soumise à **aucune obligation** et **chaque renseignement** de ce questionnaire est **facultatif** ;
- Les informations recueillies seront transmises à la commune de Pavillons-sous-Bois dans le cadre du plan d'alerte et d'urgence au profit des personnes âgées et des personnes handicapées en cas de risques exceptionnels, dispositif d'alerte ponctuelle à la population fragile ;
- Cette fiche de renseignements a pour vocation d'aider les services publics mobilisés à me porter assistance en cas de nécessité.
- Je consens à ce que les données relatives à mon état de santé soient enregistrées dans le « registre nominatif » des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence au profit des personnes âgées et des personnes handicapées en cas de risques exceptionnels.

☐ Je souhaite être contacté quotidiennement par téléphone dans le cadre de la mise en place du plan canicule et lors du recours au registre des personnes vulnérables (activation du plan communal de sauvegarde) et ce pour l'ensemble de l'année concernée.

Fait à ....., le ..... Signature :

*Toutes les données recueillies par ce formulaire sont facultatives. Elles font l'objet d'un traitement informatique uniquement destiné à aider les pouvoirs publics dans la mise en place d'un dispositif d'alerte ponctuelle au bénéfice de la population fragile et l'organisation des secours déclenchés en cas de nécessité. Le responsable de ce registre nominatif, mis à jour chaque année, est le Maire des Pavillons-sous-Bois. Les destinataires des données recueillies sont le Maire, les agents des services concourants à la prévention des risques et de gestion de situation de crise de la ville et du Centre Communal d'Action Sociale des Pavillons-sous-Bois, ainsi que, sur sa demande, le Préfet.*

*Conformément à la loi n°78-17 « Informatique et Libertés », vous disposez de droits d'opposition, d'accès, de rectification et de suppression des données qui vous concernent en vous adressant par courrier à la mairie des Pavillons-sous-Bois – place Charles de Gaulle – 93320 Les Pavillons-sous-Bois ou par courriel à [mairie@lespavillonssousbois.fr](mailto:mairie@lespavillonssousbois.fr)*