



**PLAN CANICULE OU AUTRES RISQUES PANDEMIQUES ANNEE 2025
FICHE D'INSCRIPTION OU DE REINSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF DES
PERSONNES VULNERABLES VIVANT À DOMICILE**

Les informations demandées permettent **aux services municipaux** d'organiser un contact téléphonique régulier **afin de s'assurer de l'état de santé des personnes inscrites et de prendre les mesures nécessaires**.
Même si vous étiez déjà inscrits l'an dernier sur le registre, vous devez ré effectuer cette démarche cette année.

INFORMATIONS RELATIVES A LA DEMANDE D'INSCRIPTION :

J'étais inscrit(e) l'année dernière : Oui Non

Je demande à être inscrit(e) en mon nom propre sur le registre en qualité de (*aucun justificatif n'est nécessaire*) :

Personne âgée : Personne en situation de handicap :

NOM : Prénom(s) :
Date de naissance : Sexe :
Lieu de naissance (*ville et département*) :
Adresse complète :
Numéro de téléphone fixe : Portable :
Adresse électronique :

Je sollicite l'inscription d'une personne vulnérable sur le registre (*merci de renseigner également, dans la mesure du possible le reste de la fiche pour faciliter le travail des équipes*) :

NOM :
Prénom(s) :
Adresse complète :
Numéro de téléphone fixe : Portable :
Adresse électronique :

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Contact n°1

NOM : Prénom :
Adresse :
Numéros de téléphone : Domicile : Travail : Portable :
Adresse électronique :

Lien avec la personne (*merci de préciser lequel*) :

Famille (*enfant, cousin, oncle,*) : Oui Non
Autre (*Voisin, gardien, représentant légal...*) :

Contact n°2

NOM : Prénom :
Adresse :
Numéros de téléphone : Domicile : Travail : Portable :
Adresse électronique :

Lien avec la personne (*merci de préciser lequel*) :

Famille (*enfant, cousin, oncle,*) : Oui Non
Autre (*Voisin, gardien, représentant légal...*) :

Je suis abonné(e) au service de téléassistance Val' Écoute : Oui Non

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (*fortement recommandé de les préciser le cas échéant*) :

NOM :
Adresse :
Numéro de téléphone :
Adresse électronique :

INFORMATIONS SUR LES INTERVENANTS A DOMICILE

Contact n°1 en qualité de (*merci de préciser lequel*) :

Soins infirmiers : Oui Non Kinésithérapeute : Oui Non
Aide à domicile : Oui Non Portage de Repas : Oui Non
Auxiliaire de vie : Oui Non

NOM :
Adresse :
Téléphone :
Adresse électronique :
Jours et heures d'intervention :

Contact n°2 en qualité de (*merci de préciser lequel*) :

Soins infirmiers : Oui Non Kinésithérapeute : Oui Non
Aide à domicile : Oui Non Portage de Repas : Oui Non
Auxiliaire de vie : Oui Non

NOM :
Adresse :
Téléphone :
Adresse électronique :
Jours et heures d'intervention :

Contact n°3 en qualité de (*merci de préciser lequel*) :

Soins infirmiers : Oui Non Kinésithérapeute : Oui Non
Aide à domicile : Oui Non Portage de Repas : Oui Non
Auxiliaire de vie : Oui Non

NOM :
Adresse :
Numéro de téléphone :
Adresse électronique :
Jours et heures d'intervention :

À VILLEJUIF, le

Signature (*obligatoire*)

**Vous pouvez adresser par courrier et/ou déposer ce formulaire
au Service des Retraités ou au Centre Communal d'Action Sociale.**
Vous pouvez également le déposer en mairie centrale ou en mairie-annexe.
Dès l'inscription, un accusé de réception vous sera adressé

IMPORTANT

Je dois prévenir ou faire prévenir de mon absence à mon domicile (*Congés, hospitalisation*) pour faciliter le travail des équipes et éviter de déclencher les secours en cas de non-contact.

Cette inscription est facultative et ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de ma part. Il m'appartient de signaler toute modification concernant ces informations, afin de mettre à jour les données permettant de me contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte.

Cette fiche sera saisie sur un support informatique. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Vous pouvez exercer ce droit en adressant un courrier à :
Monsieur le Maire - Hôtel de Ville - 94807 Villejuif CEDEX