



**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