INFORMATION

Madame, Monsieur,

Les conditions sanitaires particulières liées au COVID-19 que nous connaissons actuellement nous amènent à relancer les mesures relatives à la solidarité pour l’autonomie des personnes âgées, et chargent les maires de recenser toutes les personnes de plus de 65 ans ou handicapées, qui vivent seules et qui risquent donc de se trouver dans une situation difficile.

Aussi, un registre est établi pour faciliter la mise en œuvre d’un éventuel plan d’alerte et d’urgence. Ce document, confidentiel, sera transmis au Préfet. Les personnes y figurant bénéficieront alors d’un suivi téléphonique.

Si vous souhaitez vous inscrire sur cette liste, merci de retourner au plus vite dans la boite aux lettres de la Mairie ou par mail à l’adresse suivante : ccas@clouange.fr le coupon ci-dessous dûment rempli.

 \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Je soussigné(e) Mme – M. \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ sollicite

* Mon inscription
* L’inscription de Mme – M. \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Sur le registre des personnes souhaitant bénéficier du plan d’alerte et d’urgence départemental en cas de risques exceptionnels.

Renseignements concernant la personne à inscrire (remplir obligatoirement) :

* Nom : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Prénom : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

* Adresse : \_ \_ \_ \_ rue \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ 57185 CLOUANGE

* N° de téléphone : 03 /\_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ /\_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_.

* Date de naissance : \_ \_ \_ / \_ \_ \_/ 19 \_ \_ \_

* Catégorie :  personne de plus de 65 ans isolée

 personne handicapée isolée

 personne isolée de plus de 60 ans et reconnue inapte au travail

* Personne à prévenir en cas d’urgence : Nom : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Adresse : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

# N° de téléphone : \_ \_/ \_ \_/\_ \_/ \_ \_/\_ \_

 Si vous bénéficiez d’un service d’aide à domicile, merci d’en indiquer les coordonnées.

 Merci de joindre une copie d’une pièce d’identité.

Clouange, le \_ \_ \_/\_ \_ \_ /2020

Signature