

# MAIRIE DE LA FALAISE



Département des Yvelines  
Arrondissement de Mantes la Jolie  
Canton de Limay

**PLAN D'ALERTE ET D'URGENCE**  
**AU PROFIT DES PERSONNES AGEES ET DES**  
**PERSONNES HANDICAPEES**  
**EN CAS DE RISQUES EXCEPTIONNELS**  
Dispositif d'alerte ponctuelle à la population fragile  
prévu par le Code d'action sociale et des familles

## **FICHE D'INSCRIPTION** **AU REGISTRE NOMINATIF**

**S'inscrire au registre nominatif et renseigner tous les champs du formulaire sont facultatifs.** L'inscription permet un service personnalisé, ce qui n'exclut aucune personne de bénéficier des secours.

|  |  |
|--|--|
| <b>Personne fragile</b><br>NOM :<br><br>PRENOM :   | Date de naissance :<br><br>Adresse :<br><br>Téléphone :  |
| <b>Coordonnées médecin traitant</b><br>Nom :<br><br>Prénom :<br><br>Adresse du cabinet :<br><br>Téléphone :  | Souffrez-vous d'une difficulté d'ordre :<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><br>Capacité à comprendre : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non<br><br>Suivez-vous un traitement :<br><input type="checkbox"/> allergique <input type="checkbox"/> autre _____<br><br><input type="checkbox"/> particularité alimentaire _____<br><br>OBSERVATIONS PARTICULIÈRES :<br>_____<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> 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.. | Fait à ....., le .....<br>Signature  |

**Personne n° 1 à prévenir en cas d'urgence**

|            |                           |
|------------|---------------------------|
| NOM :      | Adresse :                 |
| PRENOM :   | Téléphone portable :      |
| QUALITÉ* : | Téléphone fixe :          |
|            | Téléphone professionnel : |

**Personne n° 2 à prévenir en cas d'urgence**

|            |                           |
|------------|---------------------------|
| NOM :      | Adresse :                 |
| PRENOM :   | Téléphone portable :      |
| QUALITÉ* : | Téléphone fixe :          |
|            | Téléphone professionnel : |

\* Enfant, ami(e), voisin...

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>OBSERVATIONS PARTICULIERES</b> |  |
|-----------------------------------|--|

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

Fait à ....., le .....

*Signature*