

## **PLAN CANICULE** (Bulletin d'inscription 2023)

### ▪ **PRESENTATION DU DISPOSITIF**

Conformément au décret publié en septembre 2004 relatif au repérage des personnes âgées et handicapées isolées à domicile, le CCAS de Reyrieux a mis en place le **Plan Canicule** en direction de ces publics. Ce dispositif compte tout d'abord sur la mobilisation de tous, familles, voisins, gardiens, associations, professionnels autour d'un réseau de solidarité locale.

Le CCAS est chargé de constituer le registre des personnes vulnérables de la commune afin de pouvoir les informer et les contacter **lors du déclenchement du plan de gestion sanitaire des vagues de chaleur**. Ce recensement repose sur une démarche volontaire et ne sont recensées que les données communiquées par les personnes elles-mêmes ou leur tiers.

En cas de non-réponse, les référents sont contactés par ordre renseigné dans le tableau « coordonnées des référents à prévenir en cas de difficultés ». Si ces derniers ne sont pas joignables, une intervention de la police municipale peut être demandée en dernier recours. Afin d'éviter ce déplacement, il convient de prévenir en amont des absences prévues. En cas d'inquiétude concernant la santé, un avis peut être sollicité auprès d'un médecin et/ou une intervention des services de secours d'urgence peut être demandée par le CCAS (SAMU, pompiers).

### ▪ **CONDITIONS GENERALES DU RECENSEMENT**

La personne qui souhaite être recensée recevra lors des périodes de canicule un ou plusieurs appels par semaine d'un membre du CCAS de Reyrieux. L'objectif de ces appels est d'assurer un suivi auprès des personnes recensées afin de veiller à ce que toutes les précautions soient prises en fonction de l'alerte déclenchée. Le nombre d'appels est déterminé selon les informations déclarées et transmises sur le niveau d'autonomie de la personne ainsi que de son environnement. Dans ce cadre, il est important de nous transmettre toutes indications qui sembleraient utiles à l'analyse de la situation de la personne.

**Bulletin à remplir en LETTRES MAJUSCULES, soit :**

- Par la personne âgée ou la personne en situation de handicap
- Par un tiers ou représentant légal

Et à retourner au **CCAS de REYRIEUX** - Mairie de Reyrieux 105 grande rue - 01600 REYRIEUX  
ou à [affaires.scociales@reyrieux.fr](mailto:affaires.scociales@reyrieux.fr)

### ▪ **CRITERES DE RECENSEMENT – Cocher la case correspondant à votre situation**

- Personne de plus de 65 ans
- Personne de plus de 60 ans et reconnue inapte au travail
- Personne de moins de 65 ans et isolée
- Personne en situation de handicap

### ▪ **IDENTITE DE LA PERSONNE A RECENSER**

NOM : ..... PRÉNOM(S) : .....

NÉ(E) LE : .....

ADRESSE : ..... Étage : .....

Téléphone ..... Situation familiale :  seul (e)  en couple

**Je sollicite mon inscription sur le registre des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan de gestion sanitaire des vagues de chaleur.**

Je suis informé(e) que **cette inscription est facultative** et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande écrite de ma part (CCAS - Mairie de Reyrieux – 01600 REYRIEUX ou à [affaires.scociales@reyrieux.fr](mailto:affaires.scociales@reyrieux.fr)).

**▪ RÉFÉRENCES DU SERVICE MÉDICAL OU SOCIAL INTERVENANT A VOTRE DOMICILE OU EN CONTACT AVEC VOUS**

Je déclare bénéficier de l'intervention :

d'un service d'aide à domicile

- Nom du service : \_\_\_\_\_
- Téléphone : \_\_\_\_\_
- Nombre de passages par semaine : \_\_\_\_\_

d'un service de soins infirmiers à domicile

- Nom du service : \_\_\_\_\_
- Adresse : \_\_\_\_\_
- Téléphone : \_\_\_\_\_
- Nombre de passages par semaine : \_\_\_\_\_

d'un autre service

- Nom du service : \_\_\_\_\_
- Adresse : \_\_\_\_\_
- Téléphone : \_\_\_\_\_
- Nombre de passages par semaine : \_\_\_\_\_

d'aucun service à domicile

**▪ PERSONNES DE VOTRE ENTOURAGE A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE**

① NOM / Prénom(s) : \_\_\_\_\_

En qualité de : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

② NOM / Prénom(s) : \_\_\_\_\_

En qualité de : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

**▪ PÉRIODES D'ABSENCE ENTRE LE 1<sup>ER</sup> JUILLET ET 01 SEPTEMBRE 2023 (\*)**

---

---

---

(\*) Si ces dates changent, nous vous remercions de nous le signaler au 04.74.08.95.29

Je souhaite être contacté :  1 fois par semaine  2 fois par semaine  3 fois par semaine

Je consens à ce que ces données complémentaires soient utilisées

▪ **SI LE BULLETIN EST REMPLI POUR LE BÉNÉFICIAIRE PAR UN TIERS, VEUILLEZ PRÉCISER VOS COORDONNÉES :**

NOM / Prénom(s) : \_\_\_\_\_

En qualité de :

Représentant légal

Service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile

Médecin traitant

Autre : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

La personne concernée est-elle informée de votre démarche d'inscription ?  Oui  Non

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande. En cas de modification de ces informations, merci de nous contacter au 04.74.08.95.29.

Je consens à ce que mes données personnelles soient utilisées par le CCAS pour me joindre quotidiennement par téléphone en cas d'alerte **du niveau 3 ou 4**, et à ce qu'une procédure de déplacement des services d'urgence à mon domicile soit déclenchée après plusieurs appels sans réponse.

Fait à : \_\_\_\_\_ , le : \_\_\_\_\_.

Signature obligatoire :