

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION**  
**AU REGISTRE DES PERSONNES VULNERABLES**  
**CANICULE / GRAND FROID / CRISE SANITAIRE**

Le Centre Communal d'Action Sociale élabore un registre des **personnes isolées et vulnérables**. Si vous avez plus de 65 ans, vous êtes inaptes au travail et que vous avez plus de 60 ans, ou si vous êtes majeur et en situation de handicap, vous pouvez, si vous le souhaitez, vous inscrire sur le registre nominatif institué dans le cadre du Plan d'alerte et d'urgence pour prévenir les risques exceptionnels (climat et crise sanitaire), en retournant ce questionnaire confidentiel à :

  
**POLE SENIORS**  
**Maison du 3<sup>ème</sup> Age**  
**32 rue de Lattre de Tassigny**  
**67300 SCHILTIGHEIM**  
**Ou par mail à : [pole.seniors@ville-schiltigheim.fr](mailto:pole.seniors@ville-schiltigheim.fr)**

Je sollicite mon inscription sur le registre nominatif.

Je souhaite être contacté par le CCAS en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence consécutif à une situation exceptionnelle de risques climatiques et sanitaires (canicule, grand froid ou crise sanitaire).

**VOUS :**

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Adresse e-mail : .....

**VOTRE CONJOINT(E) / COMPAGNON :**

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

**Situation de famille :**

Seul(e) :

En couple

En famille

**Enfant(s) :**

Oui

Non

Si oui, à proximité

Eloigné(s)

**Difficultés particulières liées à :**

L'isolement

L'habitat

Au déplacement

Autre (précisez)

.....  
.....

**Période d'absence de votre domicile :**

**Avez-vous prévu d'être absent(e) de votre domicile ?**

Oui

Non

**Si oui, précisez-la ou les période(s) :**

Du ..... au.....inclus

Et du ..... au.....inclus

**Coordonnées de votre famille ou de votre proche, en cas d'urgence (obligatoire) :**

Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Qualité : .....	Qualité : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
Téléphone fixe : .....	Téléphone fixe : .....
Tél. professionnel : .....	Tél. professionnel : .....
Portable : .....	Portable : .....

**Interventions dont vous bénéficiez :**

**Service d'aide à domicile**

Intitulé du service : .....

Adresse et téléphone : .....

**Service de soins infirmiers à domicile**

Intitulé du service : .....

Adresse et téléphone : .....

**Médecin traitant**

Nom : .....

Adresse et téléphone : .....

**Autre service**

Intitulé du service : .....

Adresse et téléphone : .....

*Mentions légales :*

*Conformément à la loi n°78-17 « informatique et Liberté » et au RGPD, l'intéressé(e) peut consulter et modifier ces données en s'adressant au PÔLE SENIORS.*

*Je suis informé(e) que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande écrite ou téléphonique.*

Fait à Schiltigheim, le .....

**Signature obligatoire :**



Renseignements au Pôle Seniors :  
Maison du 3<sup>e</sup> âge  
32, rue de Lattre de Tassigny - 67300 SCHILTIGHEIM  
☎ : 03 88 33 60 80  
Mail : pole.seniors@ville-schiltigheim.fr