



PLAN CANICULE : FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Dans le cadre du plan canicule et de la loi du 30 juin 2004, relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, le CCAS de la commune de Melle met en place un dispositif de veille et d'alerte. Ce recensement est opéré sur demande des personnes concernées elles-mêmes ou, avec leur accord, sur signalement d'un tiers.
Vous pouvez vous inscrire avant le 08 mai 2026 :

- en retournant ce formulaire par voie postale à CCAS de Melle, Quartier Mairie, 79500 Melle
- en retournant ce formulaire par mail à ccas@melle.fr
- en le déposant dans une des Mairies déléguées de la Commune

QUI FAIT LA DEMANDE :

- La personne concernée Un tiers

INFORMATIONS CONCERNANT LA PERSONNE :

Civilité : Madame Monsieur
Nom : Prénom :
Date de naissance : Age :
Adresse :
.....
Téléphone fixe : Téléphone portable :

Je sollicite mon inscription sur le registre des personnes à contacter en cas de déclenchement d'un plan d'alerte et d'urgence consécutif à une situation à risques exceptionnels, climatiques ou autre. Je suis informé(e) que cette inscription est facultative, que j'ai un droit d'accès et de modification des informations, et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de ma part.

SITUATION :

- Couple isolé de personnes âgées de 65 ans et plus
 Personne âgée de 65 ans et plus vivant seule
 Personne de plus de 60 ans et reconnue inapte au travail
 Personne en situation de handicap vivant seule

INTERVENTION A DOMICILE :

Je déclare bénéficiaire de l'intervention :

D'un service d'aide à domicile

Intitulé du service :
.....

Adresse :
.....

Téléphone : Jour(s) d'intervention :
.....

D'un service de soins infirmiers à domicile

Intitulé du service :
.....

Adresse :
.....

Téléphone : Jour(s) d'intervention :
.....

.....
 D'un autre service à domicile

Intitulé du service :

Adresse :
.....

Téléphone : Jour(s) d'intervention :
.....

Je ne bénéficie d'aucun service à domicile.

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE : (ne doit pas vivre sous le même toit)

Nom/Prénom/Lien :

Adresse :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

ABSENCES ENTRE JUIN ET AOÛT :

.....
.....
.....

PERSONNE TIERCE QUI A REMPLI CE BULLETIN :

Civilité : Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Agissant en qualité de :

- Représentant légal Service d'aide à domicile/soins infirmiers
 Médecin traitant Autre :

ATTESTATION SUR L'HONNEUR :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande. Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler au CCAS toute modification concernant ces informations, aux fins de mettre à jour les données permettant de me contacter en cas de déclenchement du plan canicule.

FAIT A :

LE : / /

SIGNATURE OBLIGATOIRE :