



# PLAN COMMUNAL DE PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS AUX FORTES CHALEURS

## Demande d'inscription - Document confidentiel



À REMPLIR	À ADRESSER :	OU À DÉPOSER DANS LA BOITE AUX LETTRES DU :
Par la personne âgée, la personne en situation de handicap, le représentant légal, un parent ou un proche	<b>Au Centre communal d'action sociale (CCAS)</b> Place de la Vieille Église 94290 Villeneuve-le-Roi <a href="mailto:ccas@villeneuveleroi.fr">ccas@villeneuveleroi.fr</a>	Marché Centre administratif Forum Pôle communal

### CATÉGORIE DE LA PERSONNE À INSCRIRE

- Personne de plus de 62 ans  Personne ayant des difficultés à se déplacer seule  
 Personne en situation de handicap  Personne vivant en couple

### L'INSCRIPTION CONCERNE

#### PERSONNE 1

M.  Mme Nom ..... Prénom .....  
Date de naissance ███ ou âge ███ ans  
Adresse .....  
Code entrée immeuble, étage .....  
Téléphone ███ Portable ███  
Courriel ..... @ .....

#### PERSONNE 2

Vis avec  M ou  Mme  
Nom ..... Prénom .....  
Date de naissance ███ Portable ███  
Coupon réponse rempli par l'intéressé(e)  oui  non  
Si non, merci de préciser :  
Nom et prénom ..... Téléphone ███  
En qualité de .....

### PERSONNES À PRÉVENIR

#### RÉFÉRENT 1

M.  Mme Nom ..... Prénom .....  
Adresse .....  
Téléphone ███ Portable ███  
Courriel ..... @ .....

Il s'agit,  d'un membre de la famille,  d'un ami,  d'un voisin

#### RÉFÉRENT 2

M.  Mme Nom ..... Prénom .....  
Adresse .....  
Téléphone ███ Portable ███  
Courriel ..... @ .....

Il s'agit,  d'un membre de la famille,  d'un ami,  d'un voisin

## POUR MIEUX VOUS ACCOMPAGNER

### VOTRE SITUATION

- Avez-vous un climatiseur ?  Oui  Non
- Avez-vous un ventilateur ?  Oui  Non
- Avez-vous un abonnement de téléassistance ?  Oui  Non
- Bénéficiez-vous de la restauration à domicile ?  Oui  Non
- Lun  Mar  Mer  Jeu  Ven  Sam  Dim
- Pensez-vous quitter votre domicile cet été ?  Oui  Non

Si oui, indiquez les dates : .....

	PERSONNE 1	PERSONNE 2
Nom et coordonnées de votre médecin traitant		
Nom et coordonnées de votre service d'aide à domicile		
Nom et coordonnées de votre infirmier(ère)		
Nom et coordonnées de votre mandataire : <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Tutelle		

### VOS SOUHAITS

Vous serez appelé(e) en cas de fortes chaleurs. Toutefois, vous souhaitez aussi :

- Être contacté(e) pour des appels de convivialité
- Bénéficier de la gratuité de la téléassistance pour cet été (uniquement pour une première demande et les bénéficiaires de l'APA ou de la PCH)

*\*cocher une ou plusieurs cases selon votre choix*

Souhaitez-vous nous faire part d'informations complémentaires ?

- J'accepte de recevoir toute l'actualité de la Ville grâce à la newsletter.

Mairie de Villeneuve-le-Roi - Centre communal d'action sociale - Tél. : 01 49 61 46 53

La Ville de Villeneuve-le-Roi est amenée à collecter et à traiter des données à caractère personnel concernant les administrés dans le cadre de l'exercice de ses missions. Les informations recueillies concernant vos données pourront être utilisées dans un objectif de prévention : alerte climatique, rupture de l'isolement, crise sanitaire ...

J'accepte de communiquer au CCAS, qui s'engage à garder la confidentialité, les renseignements repris dans ce document.

- Je ne souhaite pas être contacté(e) par sms ou mail

Conformément à la loi « RGPD », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le 01 44 82 43 00. Retrouvez toute la politique « RGPD » sur [villeneuve-le-roi.fr](http://villeneuve-le-roi.fr)