

# PLAN ALERTE ET URGENCES / CANICULE

**Personnes âgées, personnes handicapées,  
Vous êtes seul(e) ou connaissez une personne  
âgée, handicapée, fragilisée, seule ou isolée ?**

Afin de prévenir toutes difficultés, remplissez le questionnaire  
ci-dessous et adressez-le au

**Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) d'Ostwald**  
**3 rue Albert Gériq à la mairie d'Ostwald**  
**Tél : Mme Battouy au 03 88 66 84 35 - [ccas@ostwald.fr](mailto:ccas@ostwald.fr)**



## QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL relatif au Plan d'Alerte et d'Urgence / Canicule

Monsieur : \_\_\_\_\_ Madame : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Age : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_  
Adresse du domicile : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

• **Qualité : (cochez la case correspondante)**

	M.	Mme
Personne âgée de 65 ans et plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personne âgée de plus de 60 ans bénéficiaire de l'APA (Allocation personnalisée à l'Autonomie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personne adulte handicapée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• **Les coordonnées de la personne intervenant régulièrement à domicile (nom, prénom, adresse et téléphone)**

Aide à domicile : \_\_\_\_\_  
Infirmière : \_\_\_\_\_  
Médecin : \_\_\_\_\_  
Autre (précisez) \_\_\_\_\_

• **Nom, adresse, téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence**

Membre de la famille : \_\_\_\_\_  
Voisin : \_\_\_\_\_  
Amis : \_\_\_\_\_

• **Nom et qualité de la tierce personne qui a effectué la demande (représentant légal, voisin, médecin, autre, précisez) :**

Je demande à figurer sur le registre communal afin d'être contacté en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence de la Préfecture.

Ostwald, le

Signature(s)