

**REGISTRE COMMUNAL DU PLAN CANICULE  
DEMANDE D'INSCRIPTION**

NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

**Qualité au titre de laquelle vous vous inscrivez**

- personne âgée de 65 ans et plus \*
- personne âgée de 60 ans reconnue inapte au travail\*
- personne adulte handicapée reconnue travailleur handicapé ou bénéficiant de l'Allocation Adulte handicapée, Allocation Compensatrice pour Tierce Personne, carte d'invalidité, pension d'invalidité \*

**Médecin traitant :**

NOM                      Prénom                      Adresse                      Téléphone

\_\_\_\_\_

**Service intervenant à domicile**

Intitulé \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

**Personne de l'entourage à prévenir en cas d'urgence :**

NOM                      Prénom                      Adresse                      Téléphone

\_\_\_\_\_

\* cocher la case correspondant à votre situation

Fait à Chambry, le \_\_\_\_\_

Signature