

## **INSCRIPTION AU REGISTRE COMMUNAL DU PLAN D'ALERTE ET D'URGENCE**

Le plan d'alerte et d'urgence est activé par le Préfet du département **en cas de risques exceptionnels (canicule, grand froid, crise sanitaire...)**.

Durant ces périodes, les personnes isolées les plus vulnérables, résidant à leur domicile à Sélestat, **pourront bénéficier d'un contact périodique, de conseils et d'assistance.**

Pour vous-même ou l'un de vos proches, vous pouvez contribuer à ce geste de prévention et de solidarité citoyenne.

### **Qui peut s'inscrire ?**

- la personne de plus de 65 ans ;
- la personne de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail ;
- la personne adulte en situation de handicap ;

### **Comment s'inscrire ?**

L'inscription au registre communal demeure facultative et volontaire. Signalez-vous ou signalez la personne en complétant ce document ou en contactant le :

**Centre Communal d'Action Sociale**  
**12a, rue de la Paix - 67600 SÉLESTAT**  
**Tél : 03 88 58 85 80 – [ccas@ville-selestat.fr](mailto:ccas@ville-selestat.fr)**

Si la demande provient d'un tiers, celle-ci doit obligatoirement être produite par écrit. Un accusé de réception sera adressé sous huit jours à la personne concernée et vaudra accord de son inscription.

### **Obligations communales**

- les informations communiquées demeurent confidentielles. Elles sont uniquement transmises au Préfet dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'alerte et d'urgence départementale.

### **Droit et devoir de la personne inscrite**

- vous disposez d'un droit d'accès et vous pouvez à tout moment demander la modification ou l'annulation de son inscription.
- vous informez le CCAS de tout changement d'adresse ou de situation.

**PLAN D'ALERTE ET D'URGENCE  
FORMULAIRE D'INSCRIPTION**

A retourner au Centre Communal d'Action Sociale  
12a, rue de la Paix – 67600 SÉLESTAT  
Tél : 03 88 58 85 80 – ccas@ville-selestat.fr

Vous êtes une :

- Personne de plus de 65 ans  
 Personne de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail  
 Personne adulte en situation de handicap  
 Tierce personne (son représentant légal, parent, voisin, médecin traitant,...)  
 Nom, qualité et coordonnées : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**PERSONNE(S) CONCERNEE(S)**

	Demandeur	Conjoint
NOM NOM de naissance		
Prénom		
Date de naissance		
Adresse		
Téléphone fixe	___ / ___ / ___ / ___ / ___	
Téléphone portable	___ / ___ / ___ / ___ / ___	___ / ___ / ___ / ___ / ___

**PERSONNE(S) A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :**

- NOM- Prénom : \_\_\_\_\_  
 Lien avec la personne (famille, voisin...) : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Téléphone (fixe et/ou portable) : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
 \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_
- NOM- Prénom : \_\_\_\_\_  
 Lien avec la personne (famille, voisin...) : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Téléphone (fixe et/ou portable) : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
 \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**SERVICES ET/OU PERSONNES INTERVENANT REGULIEREMENT A DOMICILE :**

	NOM	Numéro de téléphone
Aide à domicile		___ / ___ / ___ / ___ / ___
Médecin traitant		___ / ___ / ___ / ___ / ___
Infirmier, Aide-soignant...		___ / ___ / ___ / ___ / ___
Autres		___ / ___ / ___ / ___ / ___

Sélestat, le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Signature