

CCAS d'Algrange

Registre communal de vigilance

Dans le cadre de la prévention des risques liés aux fortes chaleurs, le CCAS d'Algrange met en place un registre communal de vigilance canicule et grand froid.

Ce registre a pour objectif d'identifier les personnes vulnérables résidant sur la commune afin de pouvoir les contacter et leur proposer un accompagnement personnalisé (appels téléphoniques, visites à domicile) lors des épisodes caniculaires et de grand froid.



Canicule

Appels & visites lors des fortes chaleurs



Grand froid

Accompagnement lors des vagues de froid

Les informations recueillies sont traitées dans le strict respect de la réglementation en vigueur relative à la protection des données personnelles (RGPD).

Ce registre concerne :

- Les personnes âgées de 70 ans et plus, vivant seules
- Les personnes en situation de handicap, vivant seules
- Les personnes âgées de 60 ans et plus, reconnues inaptes au travail.

L'inscription permettrait à ces personnes de bénéficier d'un accompagnement en période de caniculaire et grand froid : appels téléphoniques réguliers et/ou visites à domicile assurés par le CCAS.

Qui peut effectuer la démarche ?

La personne elle-même, son représentant légal ou un tiers de confiance.

Pour s'inscrire il s'agit de renseigner le formulaire d'inscription :

- Par courrier postal adressé au CCAS
- Par e-mail
- Directement au CCAS



Les informations recueillies sont traitées dans le strict respect de la réglementation en vigueur relative à la protection des données personnelles (RGPD).



Contact

Mairie d'Algrange

25 rue du Maréchal-Foch — 57440 Algrange

ccas@ville-algrange.fr

Identification



Nom, prénom

Date de naissance / âge :

Adresse complète :

Téléphone fixe : Téléphone mobile :

Adresse e-mail (si disponible) :



Votre situation :

Personne :

- ☐ âgée de 65 ans et plus, résidant à mon domicile
- ☐ âgée de 60 ans et plus, reconnue inapte au travail, résidant à mon domicile
- ☐ adulte handicapée, résidant à mon domicile

Personne qui :

Vit seul(e) : ☐ Oui ☐ Non

A de la famille proche (même ville/commune) : ☐ Oui ☐ Non

Voit de la famille au moins une fois par semaine : ☐ Oui ☐ Non

A des voisins avec qui il/elle est en contact : ☐ Oui ☐ Non

Sort de chez lui/elle régulièrement : ☐ Oui ☐ Non



Personne à contacter en cas de besoin :

- Nom, prénom :

- Adresse :

- Téléphone fixe : Téléphone mobile :



Coordonnées du médecin traitant :

- Docteur :

- Adresse :

- Téléphone :