

Inscription aux alertes canicule

Dans le cadre de son plan de prévention "canicule", la municipalité recense les personnes de plus de 65 ans fragiles et isolées (sans famille ni ami dans la Région). La période de canicule est définie par la Préfecture. Ce service ne fonctionnera donc qu'aux dates prévues par la Préfecture en cas de période caniculaire. Ainsi, en cas de canicule, les personnes inscrites seront contactées, en toute confidentialité, par des agents de la Ville pour s'assurer que tout va bien. En cas de problème ou de non-réponse, une alerte est enclenchée et peut être suivie d'une intervention à votre domicile. L'inscription est gratuite et volontaire. Les informations que vous communiquez sont confidentielles et la radiation interviendra sur simple demande de votre part. Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez contacter le CCAS.

Indique un champ requis

Vos coordonnées?	
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>
Courriel	<input type="text"/>
Le bénéficiaire	
Nom bénéficiaire	<input type="text"/>
Prénom bénéficiaire	<input type="text"/>
Date en naissance	<input type="text"/>
Adresse bénéficiaire	<input type="text"/>
Complément d'adresse bénéficiaire	<input type="text"/>
Code postal bénéficiaire	<input type="text"/>
Ville bénéficiaire	<input type="text"/>
Téléphone bénéficiaire	<input type="text"/>
Courriel bénéficiaire	<input type="text"/>
Type d'habitation	
<input type="radio"/> Maison	
<input type="radio"/> Appartement	
Interphone	
<input type="radio"/> Oui	
<input type="radio"/> Non	
Climatisation	
<input type="radio"/> Oui	
<input type="radio"/> Non	
Code d'entrée ou autre information	
<input type="text"/>	
Premier contact d'urgence	
Nom contact 1	<input type="text"/>
Prénom contact 1	<input type="text"/>
Adresse complète contact 1	<input type="text"/>
Téléphone contact 1	<input type="text"/>
Courriel contact 1	<input type="text"/>
Second contact d'urgence	
Nom contact 2	<input type="text"/>
Prénom contact 2	<input type="text"/>
Adresse complète contact 2	<input type="text"/>

Téléphone contact 2
Courriel contact 2

Contact médecin

Nom médecin
Prénom médecin
Adresse complète médecin
Téléphone médecin
Courriel médecin

J'ai lu et j'accepte les conditions générales d'utilisation des services.

[Consulter](#)

CAPTCHA

Cette question sert à vérifier si vous êtes un visiteur humain afin d'éviter les soumissions de pourriel (spam) automatisées.