

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.