

# INSCRIPTION

# REGISTRE

# PLAN

# D'ALERTE ET

# D'URGENCE

VOUS AVEZ PLUS DE 65 ANS,  
VOUS ÊTES ISOLÉ(E,S) OU ÊTES  
EN SITUATION DE HANDICAP,  
INSCRIVEZ-VOUS SUR NOTRE  
REGISTRE EN RETOURNANT  
CE FORMULAIRE À LA MAIRIE  
D'ALTKIRCH !

Mairie d'Altkirch  
(Plan d'alerte et d'Urgence)  
5 Place de la République  
68130 Altkirch

## POURQUOI S'INSCRIRE SUR CE REGISTRE ?

En cas de fortes chaleurs,  
de grand froid ou d'évènement  
imprévisible comme la crise  
du Covid-19, les personnes ins-  
crites sur notre registre du Plan  
d'alerte et d'urgence reçoivent  
la visite d'un membre du Conseil  
Municipal ou si ce n'est pas pos-  
sible, ils seront contactés par  
téléphone.

## MONSIEUR :

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

ou âge : .....

## MADAME :

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

ou âge : .....

## ADRESSE DU DOMICILE :

.....  
.....

Téléphone : .....

## QUALITÉ :

(cochez la ou les cases qui correspondent à votre situation)

	Mr	Mme
- Personne âgée de 65 ans et plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Personne âgée de plus de 60 ans bénéficiaire de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Personne de plus de 60 ans reconnue inapte au travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Personne adulte handicapée bénéficiant de l'un des avantages suivants :		
- Allocation Adulte Handicapé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Allocation Compensatrice Tierce Personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Rente d'invalidité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pension d'invalidité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SUITE →

COORDONNÉES DE LA PERSONNE INTERVENANT  
RÉGULIÈREMENT À DOMICILE (nom, adresse, téléphone)  
ET À QUEL TITRE :

Aide à domicile : .....

Aide soignante : .....

Infirmière : .....

Médecin : .....

Assistante sociale : .....

Autre (précisez) : .....

NOM, ADRESSE, TÉLÉPHONE DE LA PERSONNE À  
CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

Membre de la famille : .....

Amis : .....

Voisins : .....

Autres : .....

.....

NOM ET QUALITÉ DE LA TIERCE PERSONNE QUI A  
EFFECTUÉ LA DEMANDE (représentant légal, parent, voisin,  
médecin traitant, service) :

.....

.....

JE DEMANDE À FIGURER SUR LE REGISTRE  
MUNICIPAL AFIN D'ÊTRE CONTACTÉ EN CAS  
DE DÉCLENCHEMENT PAR LA PRÉFECTURE  
DU PLAN D'ALERTE ET D'URGENCE.

À.....

Le : ...../...../.....

Signature(s) :

Pour tous renseignements  
complémentaires, vous pouvez  
joindre la mairie d'Altkirch :  
03 89 40 00 04

Conformément à la loi infor-  
matique et libertés du 6 janvier  
1978, vous disposez d'un droit  
d'accès, de rectification,  
et de suppression des données  
personnelles vous concernant.