



# CANICULE, FORTES CHALEURS

## ADOPTER LES BONS RÉFLEXES



MOUILLER SON CORPS  
ET SE VENTILER



DONNER ET PRENDRE  
DES NOUVELLES  
DE SES PROCHES



NE PAS BOIRE  
D'ALCOOL

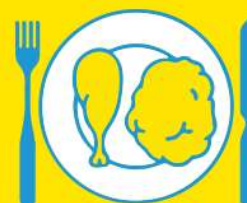


BOIRE  
RÉGULIÈREMENT  
DE L'EAU

EN CAS D'URGENCE,  
**APPELEZ LE 15**



MAINTENIR SA MAISON  
AU FRAIS : FERMER  
LES VOLETS LE JOUR



MANGER EN QUANTITÉ  
SUFFISANTE




ÉVITER LES EFFORTS  
PHYSIQUES

Un numéro d'information est mis à disposition du public  
**0 800 06 66 66 Canicule Info Service**  
(Appel gratuit depuis un poste fixe)

## Préambule

Toutes les données recueillies par ce formulaire sont facultatives.

Vos données sont traitées uniquement afin d'aider les pouvoirs publics dans la mise en place d'un dispositif d'alerte ponctuelle au bénéfice de la population fragile et l'organisation des secours déclenchés en cas de nécessité (obligation légale, art. L121-6-1 du code de l'action sociale et des familles). Le responsable de ce registre nominatif, mis à jour chaque année, est le Maire de Marsannay-la-Côte. Les destinataires des données recueillies sont le Maire, les agents du service de prévention des risques et de gestion de situation de crise de Marsannay-la-Côte, ainsi que, sur sa demande, le Préfet. Conformément à la loi n°78-17 « Informatique et Libertés » et au RGPD, vous disposez de droits d'opposition, d'accès, de rectification et de suppression des données qui vous concernent en vous adressant par courrier à Mairie, Place Jean Bart, CS90026, 21160 MARSANNAY-LA-CÔTE.

Marsannay-la-Côte	
	<b>FICHE D'INSCRIPTION AU REGISTRE NOMINATIF CANICULE 2024</b>
NOM	
PRENOM	
ADRESSE	
Date de naissance	
Téléphone portable	
Téléphone fixe	

## Santé

Rencontrez-vous d'une difficulté d'ordre

- Station debout pénible  
 À mobilité réduite  
 Fauteuil  
 Canne       Déambulateur  
 Autre \_\_\_\_\_

Télé-alarme :       oui       non

Service d'aide à domicile ou infirmier :       oui       non  
Tous les jours       oui       non

Nom du prestataire :

Numéro de téléphone du service :

Surdité ou malentendant       oui       non

**Santé : Observations particulières**

**Médecin traitant**

Nom :

Prénom :

Adresse du cabinet :

Téléphone :

**Personne à prévenir en cas d'urgence**

Nom Prénom	Lien avec vous	Téléphone	Dispose-t-il des clefs
	Famille <input type="checkbox"/> Voisin <input type="checkbox"/> Ami <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Famille <input type="checkbox"/> Voisin <input type="checkbox"/> Ami <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Famille <input type="checkbox"/> Voisin <input type="checkbox"/> Ami <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## ENTOURAGE

Vous recevez de la visite de la part de vos proches (famille, amis, voisins)

Tous les jours     Chaque semaine     De temps en temps     Jamais

**Absence de plusieurs jours prévus**    OUI     NON

Si oui, à quelles dates ?

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

## VOS ABSENCES PREVUES

Sortie en journée Oui  Non

Horaires habituels, le cas échéant : 8h – 12 h  14h – 18h

Absence de plusieurs jours prévus OUI  NON

Si oui, à quelles dates ?

du au

du au

## VOTRE LOGEMENT

Maison

Appartement

De plain-pied

Sur plusieurs niveaux

Cave, sous-sol ou garage

N° de l'étage :

N° de porte :

## PROTECTION SOLAIRE – ISOLATION

Volets

Ventilateurs ou Rafraîchisseur d'air

Baies vitrées

Climatisation

Je soussigné(e), ....., atteste avoir été informé(e), que l'inscription au registre nominatif n'est soumise à aucune obligation et chaque renseignement de ce questionnaire est facultatif ; - les informations recueillies seront transmises à la commune de Marsannay-la-Côte dans le cadre du plan d'alerte et d'urgence au profit des personnes âgées et des personnes handicapées en cas de risques exceptionnels, dispositif d'alerte ponctuelle à la population fragile ; cette fiche de renseignements a pour vocation d'aider les services publics mobilisés à me porter assistance en cas de nécessité.

Je consens à ce que les données relatives à mon état de santé soient enregistrées dans le registre nominatif des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence au profit des personnes âgées et des personnes handicapées en cas de risques exceptionnels.

Fait à ....., le .....

Signature