

Fiche d'inscription Dispositif Vigilance canicule (suite)

Personne demandant le recensement

- La personne elle-même
 Un parent*. Lien de parenté :
 Un professionnel* : Autre* :

* Coordonnées :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. :

Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler aux services municipaux toute modification concernant ces informations.

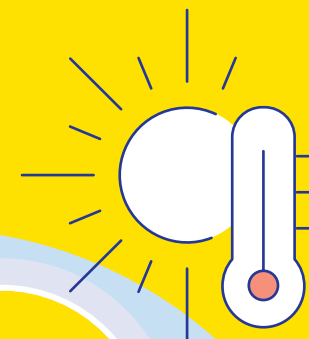
J'accepte d'être inscrit(e) dans un fichier informatique tenu de façon confidentielle par la Ville et accepte de communiquer toute modification me concernant postérieure à mon inscription. J'ai bien noté que je peux demander à tout moment ma radiation de ce fichier.

Date : signature :

**À renvoyer ou déposer
au Centre communal d'action sociale (CCAS)
1, rue Jules-Guesde, 78800 Houilles**

Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2006 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant au Correspondant Informatique et Liberté (CIL) de la Collectivité.

Plan Canicule



Renseignements :
0130 86 32 70
www.ville-houilles.fr



VILLE DE
HOUILLES

La canicule c'est quoi ?



Il fait très chaud



La température ne descend pas, ou très peu la nuit



Cela dure 3 jours ou plus

Les gestes à adopter



Je bois très régulièrement de l'eau



Je mange en quantité suffisante



J'évite les efforts physiques



J'humidifie mon corps et je me ventile



Je maintiens ma maison au frais : je ferme les rideaux et volets en journée



J'évite de boire de l'alcool



Je donne et prends des nouvelles de mes proches

Les premiers signes d'alertes

Maux de tête

Crampes

Fatigue inhabituelle



Fièvre > 38°C

Propos incohérents

Vertiges, nausées

En cas de problème : j'appelle les secours ou un proche

**Samu : 15 / Pompiers : 18 / Police-secours : 17
SOS médecin : 0139 58 58 58**

Fiche d'inscription Dispositif Vigilance canicule

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Vous êtes :

âgé(e) de 60 ans et plus, vivant à domicile

âgé(e) de moins de 60 ans en situation de handicap reconnu MDPH

Adresse :

Hall / porte / étage / code :

Tél. fixe : Tél. portable :

Vous vivez : Seul(e) En couple Autre (préciser) :

Vous serez absent(e) de votre domicile du au

Informations complémentaires en cas d'intervention

Bénéficiez-vous d'un service d'aide ?

oui non

Portage de repas

Téléassistance

Service d'aide à domicile

Autres

Précisez l'organisme 1 :

Tél. :

Précisez l'organisme 2 :

Tél. :

Nom du médecin traitant :

Tél. :

Nom de l'infirmier (le cas échéant) :

Tél. :

Personnes à contacter en cas d'urgence :

Personne 1

Nom / prénom :

Personne 2

Nom / prénom :

Lien avec la personne déclarée :

Lien avec la personne déclarée :

Tél. :

Tél. :

