

# PLAN DE PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À LA CANICULE

## Pour les personnes âgées et/ ou handicapées

Madame, Monsieur,

A l'approche de l'été, le dispositif de veille, d'alerte et d'urgence pour prévenir les effets de la canicule, est réactivé en direction des personnes âgées et handicapées, vulnérables et isolées, du 1<sup>er</sup> juin au 31 août.

- Vous êtes âgé(e) de plus de 65 ans,
- ou de 60 à 65 ans à condition d'être reconnu(e) inapte au travail,
- ou reconnu(e) handicapé(e) avec le bénéfice d'une allocation adulte handicapé (AAH), une pension d'invalidité, et toute autre allocation liée au handicap.

Cette inscription volontaire, à l'aide du coupon-réponse ci-dessous, permettra au service social de la Ville, en cas de déclenchement par le Préfet du plan d'alerte canicule, de prendre rapidement contact avec vous.

Par ailleurs, la Ville s'engage à assurer un suivi auprès de vous durant toute la période par des contacts téléphoniques et/ou des visites et à assurer le transport en cas de besoins vers des locaux climatisés, lorsque le domicile ne peut être rafraîchi.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de mes sentiments dévoués.

Christian GUYON  
Maire d'Amboise

---

### Coupon-réponse à retourner au : CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

2, rue du Cardinal Georges d'Amboise - 37400 AMBOISE

Je soussigné (e),

Mme     Melle     M.

NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Demande mon inscription au registre nominatif du plan municipal canicule de la Ville d'Amboise.

**Merci de bien vouloir compléter les informations au verso    Tournez SVP →**

# PLAN DE PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À LA CANICULE

## Pour les personnes âgées et/ ou handicapées

<b>CCAS</b>	<b>02 47 57 77 46</b>
<b>MAIRIE</b>	<b>02 47 23 47 23</b>
<b>ASSAD</b>	<b>02 47 57 19 10</b>
<b>ADMR</b>	<b>02 47 57 55 55</b>
<b>SAMU</b>	<b>15</b>
<b>POMPIERS</b>	<b>18</b>
<b>NUMÉRO VERT</b>	<b>0 800 06 66 66</b>

-----

### Informations complémentaires :

Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 19\_\_

**Nom de votre médecin référent :** \_\_\_\_\_ **Téléphone :** \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

Bénéficiez-vous de soins à domicile : OUI  NON  Repas à domicile : OUI  NON

Si oui, quel(s) organisme(s) : \_\_\_\_\_

Autres observations utiles : \_\_\_\_\_

-----

Période d'absence du domicile prévue (vacances, séjour en famille...) : \_\_\_\_\_

### Personne à prévenir en cas d'urgence :

NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

**Signature**