

PLAN DE PRÉVENTION DES RISQUES LIES 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^{er} 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(e) (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→

CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

2, rue du Cardinal Georges d'Amboise 37400 AMBOISE

☎ 02.47.57.77.46 📠 02.47.57.18.81 @ ccas@ville-amboise.fr

PLAN DE PRÉVENTION DES RISQUES LIES À LA CANICULE

Pour les personnes âgées et/ou handicapées

NUMÉROS UTILES (à conserver)

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

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