



Document à retourner
Pôle Seniors du CCAS
Maison de la Santé - 2 place Dupont de l'Eure- 27000 Evreux

BULLETIN D'INSCRIPTION REGISTRE MUNICIPAL DU PLAN CANICULE 2026

Ne restez pas seul(e) en cas de Canicule !

Vous êtes âgé(e) de 65 ou plus, vous êtes en situation de handicap, vous avez des problèmes de santé récurrents, vous vivez seul(e) et êtes susceptible de souffrir des effets de la chaleur ? La ville d'Evreux vous propose de vous inscrire sur le registre municipal du Plan Canicule. En cas de déclenchement du Plan Canicule cet été, des agents du Centre Communal d'Action Sociale de la Ville d'Evreux vous contacteront afin de prendre de vos nouvelles et vous rappeler les principaux réflexes à adopter en cas de fortes chaleurs.

Inscrivez-vous ou faites-vous inscrire par un proche en retournant cette fiche d'inscription.

Les informations que vous communiquez sont confidentielles et la radiation intervient immédiatement à votre demande.

Identification des personnes souhaitant s'inscrire sur le registre

Etes-vous déjà inscrit(e) au registre ?

- ☐ Oui et je souhaite toujours être inscrit(e) en 2026
- ☐ Non, c'est une première inscription
- ☐ Oui, mais je ne souhaite plus être inscrit(e)

Votre situation ?

- ☐ Vous êtes âgé(e) de 65 ans ou plus
- ☐ Vous êtes en situation de handicap
- ☐ Vous avez des problèmes de santé Chroniques

Vos coordonnées :

Vous-même	Votre conjoint
NOM.....	NOM.....
PRENOM.....	PRENOM.....
DATE DE NAISSANCE.....	DATE DE NAISSANCE

Votre situation familiale :

- Vivez-vous ? : ☐ En couple ☐ Seul(e)
- Avez-vous des enfants ? ☐ Oui ☐ Non
- Sont-ils ? ☐ A proximité ☐ Eloignés

Votre logement :

Adresse :

.....

N° ou code immeuble : Etage :

Tel fixe : Tel portable :

Vos déplacements :

Vous déplacez-vous facilement chez vous ? ☐ Oui ☐ Non

Vous déplacez-vous seul(e) à l'extérieur de votre domicile ? ☐ Oui ☐ Non

IMPORTANT - Avez-vous prévu de vous absenter cet été ? (Merci de préciser les dates)

Juin : du au

Juillet : du au

Août : du au

Septembre : du au

Identification des personnes proches du bénéficiaire

Personnes à prévenir dans votre entourage en cas de besoin?

Personne n°1

NOM et Prénom :

Téléphone :

Personne n°2

NOM et Prénom :

Téléphone :

Qui est votre médecin traitant ?

NOM et Prénom :

Téléphone :

D'autres professionnels interviennent-ils à votre domicile régulièrement ? (Si oui précisez)

NOM et Prénom :

Profession :

Téléphone :

BULLETIN REMPLI PAR :

☐ Le bénéficiaire

☐ Autre NOM : Prénom :

Qualité : Téléphone :

Fait à Evreux, le
Signature obligatoire

Des questions, des difficultés pour compléter ce document ?

Contactez le pôle seniors au 02 32 31 89 08

Horaires : 9h00-12h30 et de 13h30 à 16h30