

VILLE DE L'ISLE-ADAM



PLAN PREVENTION CANICULE



ETE 2009

C.C.A.S. Centre Social Sœur Joannes
4 rue Dambry- 01 34 69 03 29

La ville de l'Isle-Adam reconduit chaque année son PLAN DE PREVENTION CANICULE afin de lutter contre l'isolement et la grande vulnérabilité des personnes âgées ou en situation de handicap.

Le CCAS est chargé de recenser ces personnes dites vulnérables et doit tenir un registre nominatif confidentiel. La gestion du registre est destinée aux seules fins de communication au Préfet dans le cadre du Plan d'Alerte et d'Urgence Départemental.

Les personnes figurant sur le registre disposent d'un droit d'accès et de rectification des informations les concernant.

L'inscription n'est pas automatique. Elle relève d'une démarche volontaire.

Qui peut figurer sur le registre ?

- les personnes de plus de 65 ans
- les personnes de plus de 60 ans reconnues inaptes au travail
- les personnes adultes handicapées

Qui peut s'inscrire sur le registre ?

- la personne elle-même
- son représentant légal
- un tiers (proche, voisin, ami, service d'aide, médecin...)

Comment s'inscrire ?

- sur simple appel téléphonique au CCAS au 01 34 69 03 29 du lundi au vendredi de 8h30 à 12H00 et de 13H30 à 17H00.
- En déposant ou en envoyant la demande d'inscription ci-jointe au CCAS, 4 rue Dambry, 95290 L'Isle-Adam.

RECOMMANDATIONS EN CAS DE FORTES CHALEURS

- Se tenir dans la pièce la plus fraîche
- Se protéger de la chaleur en fermant fenêtres et volets la journée, et en aérant la nuit
- Se rafraîchir le corps et le visage à l'aide d'un brumisateur ou d'un gant humide sans se sécher et ce, plusieurs fois par jour
- Boire fréquemment même sans soif tout au long de la journée (eau, tisane, jus de fruit). Eviter l'alcool
- Se procurer un ventilateur ou un rafraîchisseur
- Porter des vêtements légers
- Eviter les activités intenses et les sorties entre 10h et 18H
- En cas de sortie, marcher à l'ombre, porter un chapeau et emporter une bouteille d'eau

**DEMANDE D'INSCRIPTION
REGISTRE CANICULE**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Rue :

Bât :Entrée :Etage :

Tél : fixe.....

Portable.....

Personne à contacter :

Nom :

Prénom :

Tél :

Ville :

Bulletin rempli par :

- l'intéressé(e)
- Autre :

Si autre

Nom :

Prénom :

Qualité :

Tél :

Date :

Signature :

Bénéficiez-vous :

✓ De la téléassistance :

- Oui
- Non

✓ Du portage des repas :

- Oui
- Non

✓ D'un service de soins à domicile :

- Oui
- Non

Si oui, jours et heures de passage :.....
.....

✓ D'une aide ménagère :

- Oui
- Non

Si oui, jours et heures de passage :.....
.....

Médecin traitant :

Nom :

Tél :

Partez-vous en vacances ?

Non

Oui

Dates :

NUMEROS UTILES

CCAS : 01.34.69.03.29

SAMU : 15

POMPIERS : 18

N° d'urgence européen : 112

MEDECIN :