



# Plan Communal de Sauvegarde

## Assistance à la Population

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

N° de fiche :

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : 1\_\_1\_\_1 / 1\_\_1\_\_1 / 1\_\_1\_\_1\_\_1\_\_1

Adresse : .....

Maison                       Appartement

N° Téléphone : 1\_\_1\_\_1 / 1\_\_1\_\_1 / 1\_\_1\_\_1 / 1\_\_1\_\_1 / 1\_\_1\_\_1

Email : .....

### ETAT GENERAL :

Nom du médecin traitant : .....

Adresse : .....

Téléphone : 1\_\_1\_\_1 / 1\_\_1\_\_1 / 1\_\_1\_\_1 / 1\_\_1\_\_1 / 1\_\_1\_\_1

Nom de l'auxiliaire de vie ou infirmière : .....

Téléphone : 1\_\_1\_\_1 / 1\_\_1\_\_1 / 1\_\_1\_\_1 / 1\_\_1\_\_1 / 1\_\_1\_\_1

Avez-vous un problème médical à signaler : .....

.....

.....

(Facultatif)

Souffrez-vous d'une difficulté d'ordre :

station debout pénible

mobilité réduite

autre : .....

.....

### LOGEMENT

► Personne ayant les clés de votre logement :

.....

Adresse : .....

.....

Téléphone :

1\_\_1\_\_1 / 1\_\_1\_\_1 / 1\_\_1\_\_1 / 1\_\_1\_\_1 / 1\_\_1\_\_1

Lien de parenté : .....

► Personne ayant les clés de votre logement :

.....

Adresse : .....

.....

Téléphone :

1\_\_1\_\_1 / 1\_\_1\_\_1 / 1\_\_1\_\_1 / 1\_\_1\_\_1 / 1\_\_1\_\_1

Lien de parenté : .....

**Personne pouvant vous accueillir :**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

N° Téléphone : 1\_\_1\_\_1 / 1\_\_1\_\_1 / 1\_\_1\_\_1 / 1\_\_1\_\_1 / 1\_\_1\_\_1

N° Téléphone portable : 1\_\_1\_\_1 / 1\_\_1\_\_1 / 1\_\_1\_\_1 / 1\_\_1\_\_1 / 1\_\_1\_\_1

Email : .....

Lien de parenté : .....

**Observations :**

*(facultatives)*

.....  
.....  
.....  
.....

Je soussigné : .....

Autorise la collecte des données à caractère personnel mentionnées sur la fiche de renseignements pour permettre à la commune de Calonne-sur-la-Lys d'identifier et de contacter les personnes vulnérables dans le cadre du Plan Communal de Sauvegarde (en cas d'alertes canicules ou grand froid ou d'état d'urgence ou de sinistre). Le Maire de Calonne-sur-la-Lys est le responsable des traitements des données.

Date

Signature