



**Santé :**

<b>Médecin Traitant :</b>	
Nom :	Prénom :
Adresse du Cabinet :	Téléphone :
Code Postal :	VILLE :
<b>Hôpital :</b>	

**Je consens** à ce que les **données relatives à mon état de santé** soient enregistrées dans l' « annuaire opérationnel » des personnes à contacter en cas de déclenchement du Plan Communal de Sauvegarde.

<b>Fait à :</b>	<b>Le :</b>	<b>Signature :</b>
-----------------	-------------	--------------------

Accessibilité du logement :  Plain-pied  Etage. Précisez : \_\_\_\_\_  
Moyen de locomotion :  OUI  NON

**Je certifie bénéficiaire** (cocher et renseigner la case correspondante) :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Service de Télé-Assistance</b> : Nom et Numéro de tel. (si vous avez) _____<br>_____<br>_____  | <input type="checkbox"/> <b>Service d'Aide à Domicile</b> : Nom et Numéro de tel. (si vous avez) _____<br>_____<br>_____              |
| <input type="checkbox"/> <b>Service de Portage de Repas</b> : Nom et Numéro de tel. (si vous avez) _____<br>_____<br>_____ | <input type="checkbox"/> <b>Service de Soins Infirmiers à Domicile</b> : Nom et Numéro de tel. (si vous avez) _____<br>_____<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> <b>d'Aucun Service à Domicile</b>   |   |

**Je serai absent(e)** de mon domicile du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ 2026.  
(à prévenir ultérieurement si non connu à ce jour).

**Je soussigné(e)**, M et/ou Mme \_\_\_\_\_

Atteste avoir été informé(e) que :

- l'inscription à l'annuaire opérationnel n'est soumise à aucune obligation et chaque renseignement de ce questionnaire est facultatif ;
- les informations recueillies seront transmises à la commune de Lucé dans le cadre du Plan Communal de Sauvegarde, dispositif permanent et général d'alerte à la population ;
- cette fiche de renseignements a pour vocation d'aider les services publics mobilisés à me porter assistance en cas de nécessité.

<b>Fait à :</b>	<b>Le :</b>	<b>Signature :</b>
-----------------	-------------	--------------------