**PLAN D’AIDE COVID-19**

**FORMULAIRE D’INSCRIPTION**

En conformité avec les consignes nationales les plus récentes concernant le virus COVID 19, la commune de Surzur met en place un formulaire pour recenser les personnes fragiles, isolées et vulnérables.

Dans ce cadre, elle propose une inscription sur le registre communal afin d’apporter soutien et secours aux personnes les plus isolées, si nécessaire.

Un tiers (parent, ami, médecin) peut également en faire la demande. La démarche d’inscription est volontaire.

**Identité de la personne concernée**

Nom : ………………………………………………………………………………………………………………

Prénom : …………………………………………………………………………………………………………..

Date de naissance : …………………………………………………………………………………………….

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..............................

Numéro de téléphone : ………………………………………………………………………………………..

**Cases à cocher selon vos nécessités :**

* Je suis seul(e) et vulnérable et j'ai besoin d'une aide logistique (portage de denrées alimentaires par des organismes privés ou des commerces locaux, aides à domicile).
* J'ai un traitement médicamenteux chronique et je ne peux pas me déplacer.
* Je suis une personne vulnérable en souffrance psychologique.
* Autre : à préciser ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Identité de l’aidant**

L’aidant peut être un membre de la famille, un voisin, une aide à domicile, une infirmière…)

Nom : …………………………………………………………………………………………………………...….

Prénom : …………………………………………………………………………………………………………..

Numéro de téléphone : ………………………………………………………………………………………..

Précision du lien avec l’aidant (Dites-nous si vous êtes un membre de sa famille, un voisin, une personne l'aidant régulièrement.) : …….………….……………………………………………………………………………………………………..

Numéro de téléphone du contact d’urgence à contacter en lien avec la personne vulnérable (Si vous avez un numéro de contact d'un membre de sa famille par exemple) : ……………………………………………………………………………………………………………………….

**Identité du médecin traitant**

Nom : ………………………………………………………………………………………………………..……

Prénom : ………………………………………………………………………………………………………….

Numéro de téléphone : ……………………………………………………………………………………….

Préciser ci-dessous toutes les informations utiles que vous souhaitez communiquer : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Je soussigné(e), M………………………………………………………………...…………………………….,

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 SURZUR dans le cadre du Plan Communal de Sauvegarde (PCS), 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.

Fait à ………………………………, le …………………………….

*Signature*