

PLAN CANICULE ET RISQUES EXCEPTIONNELS FICHE DE RECENSEMENT 2026

Cadre réservé à l'administration			
Malleo	Excel	Radiation	

IDENTITE DE LA PERSONNE

Renseignements obligatoires		
	Personne concernée	Autre personne vivant dans le foyer <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre.....
Civilité	<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame
Nom d'usage		
Nom de jeune fille		
Prénom		
Date de naissance		
Adresse (n° de l'appartement, étage, code d'entrée)		
Téléphone fixe et/ou portable		
En qualité de :	<input type="checkbox"/> Personne âgée de 65 ans et plus <input type="checkbox"/> Personne âgée de 60 ans et reconnue inapte au travail <input type="checkbox"/> Adulte Handicapé	<input type="checkbox"/> Personne âgée de 65 ans et plus <input type="checkbox"/> Personne âgée de 60 ans et reconnue inapte au travail <input type="checkbox"/> Adulte Handicapé
Mon inscription	<input type="checkbox"/> Première inscription au registre <input type="checkbox"/> Maintien de mon inscription au registre <input type="checkbox"/> Radier mon inscription au registre	

Lors du déclenchement du Plan Canicule ou risques exceptionnels, vous serez contacté(e) par téléphone. En l'absence de réponse de votre part ou de la personne à contacter en cas d'urgence, il pourra être procédé à l'ouverture forcée de votre porte (réparation à votre charge).

Merci de vous nous informer vos périodes d'absences ci-dessous :

Du : _____ au _____
 Du : _____ au _____

Absences non prévues à ce jour.

Pour tout changement, veuillez-nous en informer au 0 800 891 891 (appel gratuit).

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

La personne à contacter en cas d'urgence doit être informée par vos soins de sa désignation. Elle doit être facilement joignable, et pouvoir intervenir rapidement auprès de vous.

Cette personne doit vivre hors de votre domicile.

		1 ^{ère} personne	2 ^{ème} personne
Renseignements obligatoires	NOM – Prénom		
	Lien (Famille, amis, voisins)		
	Adresse		
	Numéro de téléphone fixe		
	Numéro de téléphone portable		

INTERVENANTS A DOMICILE

Précisez le nom et numéro de téléphone de l'organisme

- Infirmier(e) : _____
- Médecin : _____
- Aide à domicile (nom du prestataire) : _____
- Portage de repas : _____

La fiche est obligatoirement à renvoyer au :

**Centre Communal d'Action Sociale
SR2A/PNC
24 rue du Wad Billy
57000 METZ**

Fait à Metz, le _____
Signature :

Protection des données personnelles : M. le Président est le responsable des traitements du CCAS. Au titre du plan canicule, les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la mise en place d'un registre communal recensant les personnes vulnérables. Les informations enregistrées sont réservées à l'usage du CCAS de la Ville de Metz, elles pourront être transmises à la Préfecture sur demande. Les données à caractère personnel sont conservées 1 an. Elles sont ensuite anonymisées. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à : CCAS de la Ville de Metz. A l'attention du DPO 24 rue du Wad-Billy 57000 Metz Allo Mairie : 0 800 891 891"

Version 27/04/2026

Remplir les informations au verso 📄