

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION A L'ANNUAIRE OPERATIONNEL ETABLI DANS LE CADRE DU PLAN COMMUNAL DE SAUVEGARDE (PCS)

## Dispositif permanent et général d'alerte à la population

Prévu par [décret n°2005-1156](#) pour appliquer la [loi n°2004-811](#) relative à la modernisation de la sécurité civile.

**S'inscrire à l'annuaire opérationnel et renseigner tous les champs du formulaire sont facultatifs.**  
L'inscription permet un service personnalisé, ce qui n'exclut aucune personne de bénéficier des secours.

Je soussigné(e) :

NOM : ..... Prénoms : .....

Né(e) le : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Sollicite l'inscription à « l'annuaire opérationnel » des personnes à contacter en cas de déclenchement du Plan Communal de Sauvegarde (PCS) en qualité de :

- personne âgée de 70 ans et plus
- personne âgée de plus de 60 ans reconnue inapte au travail
- personne handicapée
- personne fragile pour d'autres raisons. Précisez : .....
- habitant de la commune

J'atteste être :

- sous assistance respiratoire
- à mobilité réduite
- sous assistance d'un appareillage électrique
- sous dialyse
- personne isolée
- personne immobilisée (alitée)
- personne malade
- autre (à préciser) : .....

.....

---

### **Coordonnées du médecin traitant :**

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone :

.....

**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 (PCS).

Fait à ....., le .....

*Signature*

**Accessibilité du logement** :  Plein pied  Etage. Précisez :.....

**Moyen de locomotion** :  OUI  NON

**Je certifie** bénéficiaire :

**D'un service d'aide à domicile :**

Intitulé du service : .....

Adresse : .....

Code Postal :..... Ville : .....

Téléphone : .....

**D'un service de soins infirmiers à domicile :**

Intitulé du service : .....

Adresse : .....

Code Postal :..... Ville : .....

Téléphone : .....

**D'un autre service (portage des repas à domicile, téléalarme, ...):**

Intitulé du service : .....

Adresse : .....

Code Postal :..... Ville : .....

Téléphone : .....

**D'aucun service à domicile**

**Personne(s) de l'entourage à prévenir en cas d'urgence :**

NOM : .....

NOM : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

.....

.....

Téléphone : .....

Téléphone : .....

Lien avec vous : .....

Lien avec vous : .....

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 Sixt-sur-Aff 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*