



Centre Communal d'Action Sociale
(CCAS)

FICHE DE RECENSEMENT DES PERSONNES VULNÉRABLES (Ex. plan canicule)

Version du 1^{er} juin 2026

Le décret n° 2004- 926 du 1^{er} septembre 2004 donne obligation au Maire de chaque commune de constituer un registre des personnes de plus de 65 ans vulnérables ou en situation de handicap. La finalité exclusive de ce registre est de permettre l'intervention ciblée de services compétents auprès des personnes vulnérables inscrites en cas de déclenchement de tout plan d'alerte ou d'urgence comme : le Plan Communal de Sauvegarde, le Plan Canicule, le Plan Hivernal, Épidémie, etc. L'inscription à ce registre est facultative. Elle se fera à la réception de cette fiche de recensement. En revanche, l'inscription une fois effectuée est permanente, mais la radiation au registre est possible à tout moment sur simple demande écrite de l'intéressé. Les données collectées sont communiquées aux seuls destinataires suivants : le CCAS d'Hénouville, les services de l'État et sont conservées tant que vous n'avez pas demandé la radiation de votre inscription, via ce formulaire. Les élus et fonctionnaires sont soumis à l'obligation de discrétion et de secret professionnel.

1^o Personne à inscrire sur le registre :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de Naissance : _____ à _____

Situation familiale : ☐ Isolé(e) ☐ en couple ☐ en famille

Adresse : _____
76840 Hénouville.

☎ fixe : _____ ☎ portable : _____

Courriel : _____ @ _____

Qualité de la personne à inscrire :

☐ Personne âgée de 65 ans et plus

☐ Personne âgée de 60 ans et plus, reconnue inapte au travail

☐ Adulte handicapé (quel que soit l'âge de l'adulte) : âge = _____ ans

☐ Autre : _____

Souhaite :

☐ mon inscription

☐ mon maintien

☐ la radiation de mon inscription



Sur la liste de recensement des personnes
âgées et/ou handicapées du CCAS de
Hénouville.

2° Intervenants à domicile :

Merci de bien vouloir cocher et compléter le(s) services(s) dont vous bénéficiez à domicile :

☐ **Infirmier** : (nom/téléphone) _____

Jour(s) et horaire(s) de passage : _____

☐ **Aide à domicile** : (nom/téléphone) _____

Jour(s) et horaire(s) de passage : _____

☐ **Portage des repas** : (nom/téléphone) _____

Jour(s) et horaire(s) de passage : _____

☐ **Autres** (assistante sociale, mandataire judiciaire, infirmière coordinatrice, bénévole, voisin, etc.)
(nom/téléphone) _____

Jour(s) et horaire(s) de passage : _____

3° Médecin traitant :

Nom : _____

Adresse cabinet médical : _____

 fixe : _____  portable : _____

Courriel : _____ @ _____

4° Coordonnées de l'entourage à prévenir en cas d'urgence :

Nom - Prénom	Lien de parenté	Adresse	Téléphones
			 fixe :  portable :
			 fixe :  portable :
			 fixe :  portable :

5° Nom et qualité de la tierce personne qui a effectué la demande (facultatif) :

(prénom/nom/téléphone) _____

Ce document est à retourner :

au Centre Communal d'Action Sociale

Mairie d'Hénouville / 194 route de la Mairie / 76840 Hénouville

 02.35.32.02.07 courriel : mairie@henouville.fr

Pensez à télécharger l'application gratuite de communication  qu'utilise Hénouville