

PLAN DE PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À LA CANICULE 2026

Pour les personnes âgées et/ou handicapées

Le plan de prévention des risques liés à la canicule est réactivé chaque année. Ce dispositif de veille, d'alerte et d'urgence concerne les personnes :

- âgées de plus de 65 ans.
- ou de 60 à 65 ans reconnues inaptes au travail.
- ou reconnues handicapées avec le bénéfice d'une pension d'invalidité et toute autre allocation AAH liée au handicap.
- repérées en situation de grande vulnérabilité, d'isolement.

L'inscription est volontaire, le coupon de réponse ci-dessous permettra au service social de la ville (CCAS) en cas de déclenchement par le Préfet du plan d'alerte canicule de prendre rapidement contact avec les personnes inscrites.

La Ville s'engage à assurer un suivi pendant toute la période de fortes chaleurs par des contacts téléphoniques ou par des visites. Un transport vers des locaux climatisés sera assuré en cas de besoin.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'expression de mes sincères salutations.

Olivier Conte

Maire et Président du CCAS de Saint-Pierre-des-Corps



Laurence LEFEVRE

Vice-Présidente du CCAS

Numéros utiles À conserver

CCAS	02 47 63 43 27
MAIRIE	02 47 63 43 43
SAD	02 47 63 44 44
SAMU	15 ou 112
POMPIERS	18
Canicule Info service (numéro gratuit)	0 800 06 66 66

PLAN DE PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À LA CANICULE 2026

Pour vous inscrire sur le registre du Plan canicule, vous pouvez nous retourner le coupon-réponse :

- Par courrier :
 - CCAS - 34 avenue de la République - 37700 Saint-Pierre-des-Corps
- Par mail :
 - ccas@mairiespdc.fr
- Par téléphone
 - CCAS : 02 47 63 43 27

Je soussigné(e), ☐ Mme ☐ M.

NOM _____ Prénom _____

Adresse _____

Téléphone _____ E-mail : _____

Date de naissance _____

demande mon inscription au registre nominatif du plan canicule de la Ville de Saint-Pierre-des-Corps.

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

NOM de votre médecin référent : _____

Téléphone _____

Bénéficiez-vous de soins à domicile : ☐ OUI ☐ NON

Repas à domicile : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, quel(s) organisme(s) : _____

Autres observations utiles : _____

Période d'absence du domicile prévue (vacances, séjour en famille...) : _____

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM _____ Prénom _____

Adresse _____

Téléphone _____ E-mail : _____