



FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF

(prévu à l'article 1. 121-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles)

Bulletin à remplir en LETTRES MAJUSCULES, soit :

- ✓ Par la personne âgée ou handicapée,
- ✓ Par un tiers (représentant légal, intervenant médico-social, entourage, parent, ami).

1- IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE

NOM / PRENOM

NE(E) LE : /..... /..... à.....

ADRESSE :

TELEPHONE : Fixe Portable

Je sollicite mon inscription sur le registre des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence consécutif à une situation de risques exceptionnels, climatiques ou autres,

- En qualité de personne âgée de 65 ans et plus
- En qualité de personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail
- En qualité de personne handicapée

Je suis informée que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande écrite de ma part.

SITUATION FAMILIALE : isolé(e) couple en famille

Vous avez de la visite : Tous les jours 1 fois par semaine moins d'une fois par semaine

2- RÉFÉRENCES DU SERVICE MÉDICAL OU SOCIAL INTERVENANT A VOTRE DOMICILE OU EN CONTACT AVEC VOUS

Je déclare bénéficiaire de l'intervention :

d'un service d'aide à domicile :

Intitulé du service :

Adresse :

Téléphone :

d'un service de soins infirmiers à domicile :

Intitulé du service :

Adresse :

Téléphone :

d'un autre service :

Intitulé du service :

Adresse :

Téléphone :

d'aucun service à domicile

Téléassistance : oui

non

3- PERSONNES DE VOTRE ENTOURAGE A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM / Prénom(s) :

Adresse :

Téléphone :

NOM / Prénom(s) :

Adresse :

Téléphone :

4- MENTION DE VOS PÉRIODES D'ABSENCE ENTRE JUIN ET AOÛT :

Absences en juin :

Absences en juillet :

Absences en août :

5- SI LE BULLETIN EST REMPLI PAR UN TIERS, VEUILLEZ PRÉCISER VOS COORDONNÉES :

Nom / Prénom

Adresse :

Téléphone :

Agissant en qualité de :

Représentant légal

Service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile

Médecin traitant

Autre :..... (merci de le préciser)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande. Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler aux services municipaux toute modification concernant ces informations, afin de mettre à jour les données permettant de me contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.

Fait à, le Signature obligatoire

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données du 25 mai 2018 et à la loi Informatique et Libertés modifiée par la loi du 20 juin 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, à la limitation des traitements, à la suppression des données vous concernant.

*Pour toute question, vous pouvez vous adresser au Délégué de la Protection des Données à l'adresse suivante : Centre de Gestion d'Ille et Vilaine, Village des collectivités territoriales, 1 avenue de Tizé, CS 13600, 35236 THORIGNE-FOUILLARD CEDEX ou dpd@cdg35.fr
En cas de manquement à ces obligations, vous pouvez saisir la CNIL.*