



ANNEE 2024
INSCRIPTION AU REGISTRE MUNICIPAL
DES PERSONNES VULNERABLES
PRÉVU À L'ART L121-6-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

1- BENEFCIAIRE

Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Né (e) le :/...../..... À

Adresse précise :

Détail (bâtiment, étage, n° d'appartement...)

Tél fixe : Mobile :

Adresse Mail :

Situation familiale : Seul (e) En couple En famille

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 tant que (*):

- De personne âgée de 65 ans et plus
- De personne en situation de handicap, Précisez :
- Autre situation, précisez :

2- AIDES ET SUIVI MEDICAL A DOMICILE

Je bénéficie actuellement à mon domicile du ou des service(s) suivant(s) :

- Aide à domicile (*)**
Nom de la structure.....
Nom de l'intervenant(e)..... Téléphone :
- Soins infirmier à domicile (*)**
Nom de l'infirmier(e)..... Téléphone :
- Portage des repas (*)**
Nom de la structure.....

3- PERSONNES DE L'ENTOURAGE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Premier contact :

Nom – Prénom :
Lien avec la personne :
Adresse :
Téléphone fixe : Téléphone portable :

Deuxième contact :

Nom – Prénom :
Lien avec la personne :
Adresse :
Téléphone fixe : Téléphone portable :

Troisième contact :

Nom – Prénom :
Lien avec la personne :
Adresse :
Téléphone fixe : Téléphone portable :

4- PERIODE D'ABSENCE DU DOMICILE

Si vous prévoyez de vous absenter de votre domicile avant le 15 septembre 2024, merci de bien vouloir nous préciser les dates exactes :

Absence du : au

5- MEDECIN TRAITANT

Nom et coordonnées du médecin traitant :

Autres informations que vous souhaitez nous communiquer :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....

6- VOUS N'ETES PAS LE BENEFICIAIRE

Si vous remplissez cette demande d'inscription au registre pour un tiers, merci de préciser :

Nom – Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Agissant en qualité de (*) :

- Représentant légal
- Service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile
- Médecin traitant
- Autres (merci de 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 au CCAS toute modification concernant ces informations, aux fins de mise à jour des données permettant de me contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.

Je suis également informé que cette inscription est facultative, valable un an et que je peux demander ma radiation des listes à tout moment.

RGPD / CNIL :

Les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement avec pour seule finalité l'inscription au registre municipal dans le cadre d'un plan d'alerte et d'urgence.

La base légale du traitement est l'exécution d'une mission d'intérêt public et le responsable de traitement est le Président du CCAS.

Les informations collectées sont des données d'identification et des données de santé, elles sont réservées à l'usage du service des Affaires Sociales de la ville en application des modalités fixées au décret n° 2004-926 du 1^{er} Septembre 2004.

Les données sont confidentielles et ne sont transmises à aucun tiers non autorisés. Toutes les personnes accédant aux données contenues dans ce registre sont tenues au secret professionnel.

Les données seront conservées jusqu'au départ définitif de la personne (déménagement) et seront supprimées à la demande de l'intéressé.

Conformément au règlement (UE) 2016/679 « RGPD » et à la loi « informatique et libertés » du 06 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et limitation du traitement de vos données.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données par voie électronique : dpo@ville-fleurylesaubrais.fr ou par voie postale : Mairie de Saint-Jean-le-Blanc, Place de l'Église, 45650 Saint-Jean-le-Blanc. Vous pouvez également faire une réclamation auprès des services de la CNIL : <https://www.cnil.fr/>

Date de la demande :

Signature :

