



## Formulaire de demande d'inscription volontaire sur le registre communal

Prévu par le code de l'Action Sociale et des Familles

Dispositif permanent d'alerte et d'urgence à la population, en cas de risques exceptionnels

Formulaire à retourner au CCAS de Nailloux – 1 rue de la république 31560 Nailloux

Pour tout renseignement : 05.62.71.96.96 ou [ccas@mairienaillox31.com](mailto:ccas@mairienaillox31.com)

IDENTITE	
Civilité :	Madame <input type="radio"/> Monsieur <input type="radio"/>
NOM Prénom :	
Date de Naissance :	

CORDONNEES	
Adresse :	
TEL :	MAIL : <input type="checkbox"/>

SITUATION	
Personne de + de 65 ans	<input type="radio"/>
Personne de + de 60 ans en situation de Handicap	<input type="radio"/>
Personne de – de 60 ans en situation de Handicap	<input type="radio"/>
Personne vivant seule	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>
Déplacement :	Autonome <input type="radio"/> Déambulateur <input type="radio"/> Fauteuil Roulant <input type="radio"/>
Tutelle ou Curatelle :	
Oui <input type="radio"/>	NOM du tuteur / curateur : ..... TEL : ..... MAIL : ..... <input type="checkbox"/>
Non <input type="radio"/>	
Téléassistance :	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>
En cas de risque exceptionnel je demande :	
À être visité(e) à domicile	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>
À être <b>uniquement</b> appelé(e)	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>

PERSONNE de CONFIANCE, PARENT ou AIDANT, à PREVENIR en cas d'URGENCE	
NOM Prénom :	
Adresse :	
TEL :	MAIL : <input type="checkbox"/>
Cette personne possède-t-elle les <b>clefs</b> de votre domicile : oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	

PROFESSIONNELS de SANTE

Médecin traitant : NOM Prénom : .....

TEL : ..... 

Aide à domicile et / ou infirmière :

Oui  Nom de la société / intervenant : .....

TEL : ..... 

Jour(s)	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Aide à domicile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infirmière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Non

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (facultatif)

Informations importantes que **vous voulez** porter à notre connaissance :

.....

.....

.....

.....

.....

A Nailloux le

Signature

Toutes les données remplies dans ce formulaire sont facultatives. Vos données sont traitées uniquement afin d'aider les pouvoirs publics dans la mise en place d'un dispositif d'alerte ponctuelle au bénéfice de la population fragile et l'organisation des secours déclenchés en cas de nécessité (obligation légale, art. L121-6-1 du code de l'action sociale et des familles). Le responsable de ce registre nominatif, mis à jour chaque année, est le Maire de Nailloux. Les destinataires des données recueillies sont le Maire, les agents du service de prévention des risques et de gestion de situation de crise de Nailloux ainsi que, sur sa demande, le Préfet.

Conformément à la loi n°78-17 « Informatique et Libertés » et au RGPD, vous disposez de droits d'opposition, d'accès, de rectification et de suppression des données qui vous concernent en vous adressant par courrier à la mairie – 1 rue de la République – 31560 Nailloux ou par courriel à [mairie@mairienaillox31.com](mailto:mairie@mairienaillox31.com).