

**REGISTRE NOMINATIF DE PRÉVENTION**

**DU PLAN D’ALERTE CANICULE**

 Tel :05 63 65 92 94

**FORMULAIRE D’INSCRIPTION 2025**

**A retourner au C.C.A.S :** Mairie - Service administratif du CCAS - Place de la République - 82130 Lafrançaise

**Ou par voie électronique :** accueil@lafrancaise.fr

Si vous avez plus de 65 ans ou êtes en situation de handicap, vous pouvez vous inscrire sur le registre nominatif, institué dans le cadre du plan d’alerte et d’urgence départemental mis en œuvre en cas de risques exceptionnels tels que la canicule.

Cette inscription est facultative et votre radiation peut être effectuée à tout moment sur demande de votre part.

Ce registre est soumis au décret n° 2004-926 du 1er septembre 2004 qui donne obligation au Maire de chaque commune de constituer un registre des personnes de plus de 65 ans ou en situation de handicap. Afin de prévenir les conséquences que pourrait avoir un événement exceptionnel (canicule, grands froids, épidémies, etc.), un recensement est effectué auprès des personnes les plus vulnérables. Ce registre est nominatif, toute personne âgée ou handicapée qui le demande peut s'y inscrire, principalement si elle se sent en situation d’isolement.

En retournant le présent imprimé, la personne accepte que ses données soient insérées dans un registre nominatif des personnes vulnérables de la commune, utilisé pour permettre une intervention à domicile en cas de besoin. La personne pourra à tout moment accéder à ses données personnelles, voire en demander le retrait de ce fichier en contactant directement le CCAS

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bénéficiaire :**

Nom :.............................................................................................. Prénom : ......................................................................................

Nom de naissance :..................................................................

Date de naissance :..................................................................

Adresse :......................................................................................................................................................................................................

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

Téléphone fixe : ...................................................................... Téléphone portable ...................................................................

Conditions de vie : Personne seule En couple En famille

**Qualité au titre de laquelle l’inscription est faite :**

Personne de 65 ans et plus : Personne en situation de handicap :

Autre situation à préciser : ..................................................................................................................................................................

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

**Bénéficiez-vous de l’intervention d’un service d’aide à domicile, d’un service de soins infirmiers ou d’aide-soignante à domicile :** OUI NON

Association / Service : ...........................................................................................................................................................................

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

Nom - Prénom : ..........................................................................................................................................

Téléphone : .............................................

Fréquence de passage : Quotidien Hebdomadaire Mensuel

8

**Bénéficiez-vous du portage de repas par la Cuisine Centrale de Lafrançaise :** OUI NON

**Quel est votre médecin traitant :** Nom : ............................................................ Téléphone : ....................................................

**Personnes de l’entourage à contacter en cas de besoin :**

***Priorité 1*** : Nom - Prénom : ................................................................................................................................................................

 Téléphone : ...................................................... Courriel : ..........................................................@ ...........................

 Adresse :..............................................................................................................................................................................

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

 Famille Voisin Ami Autre

***Priorité 2*** : Nom - Prénom : ................................................................................................................................................................

 Téléphone : ...................................................... Courriel : ..........................................................@ ...........................

 Adresse :..............................................................................................................................................................................

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

 Famille Voisin Ami Autre

**Mention de vos périodes d’absence entre Juin et Septembre - Important : si ces dates changent, nous vous remercions de nous le signaler en appelant le CCAS AU 05 63 26 48 48**

|  |  |
| --- | --- |
| Absences en Juin |  |
| Absences en Juillet |  |
| Absences en Août |  |
| Absences en Septembre |  |

**Demande faite par l’intéressé(e) :** Oui Non

**Demande faite par une tierce personne : Préciser ci-dessous :**

Nom - Prénom : .........................................................................................................................................................................................

Téléphone : ........................................................ Courriel : ......................................................................@ ....................................

 Adresse :.....................................................................................................................................................................................................

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

 Famille Voisin Ami Autre

ALafrançaise, le………………………………………………………

Signature obligatoire de l’intéressé(e) :

Nom et signature obligatoire du Tiers qui formule la demande :

Conformément à la loi N° 78-17 - (Informatiques et Liberté) et au RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données), vous disposez de droits d’opposition, d’accès, de rectification et de suppression des données qui vous concernent en vous adressant par courrier au CCAS / Mairie Place de la République 82130 Lafrançaise ou par courriel francoise.chesneau@info82.com.

9