



REGISTRE COMMUNAL DES PERSONNES VULNERABLES

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Toutes les données de ce formulaire sont confidentielles et soumises au secret professionnel.

PERSONNE CONCERNÉE PAR LA DEMANDE (un formulaire par personne)

Madame Monsieur

NOM Prénom.....

Date de naissance

Adresse

Téléphone fixe Portable

Courriel.....

L'INSCRIPTION EST DEMANDÉE AU TITRE DE :

- Personne de 65 ans et plus
- Personne en situation de handicap
- Personne fragilisée et/ou isolée

Vous bénéficiez du service de :

- | | | | |
|---------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------|
| Téléalarme | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | |
| Portage des repas | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | Nom du service :..... |
| Soins à domicile | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | Nom du service :..... |
| Si visite régulière | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | |

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence :

Nom..... Prénom

Adresse

Téléphone fixe Portable

Courriel.....Votre lien avec la personne :

Nom..... Prénom

Adresse

Téléphone fixe Portable

Courriel.....Votre lien avec la personne :

SANTÉ

Nom du médecin traitant.....

Adresse.....Tél :

Avez-vous à signaler un/une :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> station debout pénible | <input type="checkbox"/> déambulateur |
| <input type="checkbox"/> mobilité réduite | <input type="checkbox"/> déficience visuelle |
| <input type="checkbox"/> fauteuil | <input type="checkbox"/> canne |
| <input type="checkbox"/> déficience auditive | <input type="checkbox"/> difficulté de compréhension |
| <input type="checkbox"/> autre | |

Observations particulières :

(Allergies, antécédent cardiologique, diabète, traitement particulier ...)

.....

.....

.....

Je consens à ce que les **données relatives à mon état de santé** soient enregistrées dans le « registre nominatif » des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte d'urgence des personnes vulnérables.

Fait à..... le

Signature

Demande reçue le :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Inscription par téléphone | <input type="checkbox"/> Inscription par mail |
| <input type="checkbox"/> Inscription à la mairie | <input type="checkbox"/> Inscription par courrier |

SI VOUS DEMANDEZ L'INSCRIPTION EN QUALITÉ DE TIERCE PERSONNE :

Nom..... Prénom

Tél. Portable..... Tél. Fixe.....

Demande en qualité de.....

Toutes les données recueillies par 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 la Commune de St Hilaire de Chaléons. Les destinataires des données recueillies sont le Maire, les agents du service de prévention des risques et de gestion de situation de crise de la commune de St Hilaire de Chaléons, ainsi que, sur 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 :

Mairie de Saint-Hilaire-de-Chaléons
20 rue de la Mairie
44680 Saint-Hilaire-de-Chaléons
Par Mail à : ccas@shc44.fr – Par téléphone : 02 40 31 70 40