



**DEMANDE D'INSCRIPTION**  
**AU REGISTRE NOMINATIF DES PERSONNES FRAGILES**  
Prévu à l'article L.121-6-1 du code de l'Action Sociale et des Familles

**BULLETIN D'INSCRIPTION**

*L'inscription des personnes isolées les plus vulnérables (personnes âgées, personnes adultes handicapées) domiciliées sur la commune de Bonnières-sur-Seine, est souhaitable afin de leur apporter conseils et assistance en cas d'évènements exceptionnels (canicule, grand froid, épidémies ...). Pour vous-même ou l'un de vos proches ou voisin, vous pouvez contribuer à ce geste de prévention et de solidarité citoyenne en complétant ce document.*

Document confidentiel à remplir en LETTRES MAJUSCULES, soit :

- par la personne concernée
- par son représentant légal
- par un tiers (intervenant médico-social ou entourage)

Et à adresser, déposer ou envoyer par mail,  
au CCAS ville de BONNIERES SUR SEINE  
7 rue Georges Herrewyn 78270 Bonnières-sur-Seine  
[ccas@bonnieres-sur-seine.com](mailto:ccas@bonnieres-sur-seine.com)

**IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE**

Nom et Prénom : ..... né(e) le : .....

Adresse : .....

N° de Téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... ou ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Courriel : .....

résidant à domicile :  seul     en couple     autre, à préciser : .....

**Je sollicite mon inscription sur le registre des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence départemental.**

- 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 adulte handicapée

**Je suis informé(e) que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de ma part.**

**PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

*Les personnes à contacter en cas d'urgence doivent être informées de leur désignation et être joignable afin de pouvoir intervenir rapidement si-besoin.*

**Contact n°1**                       Madame                       Monsieur

Nom et Prénom : .....

Adresse : .....

N° de Téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... ou ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Courriel : .....

Possède une clé du logement :     OUI                       NON

**Contact n°2**                       Madame                       Monsieur

Nom et Prénom : .....

Adresse : .....

N° de Téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... ou ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Courriel : .....

Possède une clé du logement :     OUI                       NON

### INTERVENANT(S) À DOMICILE

Disposez-vous de la téléassistance :  OUI  NON

Je déclare bénéficiaire de l'intervention :

D'un service d'aide à domicile (auxiliaire de vie, soins infirmiers, portage repas ...) Intitulé(s) du ou des service(s) et n° de tel :

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

### MENTION DE VOS PERIODES D'ABSENCE ENTRE JUIN ET SEPTEMBRE 2024

Important : veuillez préciser les dates de vos absences prévues entre le 1er juin et le 15 septembre 2024 (en cas de changement de dates, merci de nous le signaler au 01.30.98.98.58.

- Absences en juin : .....
- Absences en juillet: .....
- Absences en août : .....
- Absences en septembre : .....

### INFORMATIONS RELATIVES À LA DEMANDE

- inscription faite en nom propre  
 inscription faite par un tiers, veuillez remplir les informations suivantes :

Madame  Monsieur

Nom et Prénom : .....

Adresse : .....

N° de Téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... ou ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Courriel : .....

Agissant en qualité de :  représentant légal  autre, à préciser.....

La personne concernée est-elle informée de votre démarche d'inscription ?  OUI  NON

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, afin de mettre à jour les données permettant de me contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.

Je consens à ce que mes données personnelles soient utilisées par le CCAS pour me joindre quotidiennement par téléphone en cas d'alerte du niveau 3 ou 4, et à ce qu'une procédure de déplacements des services d'urgence à mon domicile soit déclenchée après plusieurs appels sans réponse.

J'accepte que mes coordonnées (nom et adresse) soient également transmises aux Agents de surveillance de la voie publique pour permettre la visite des agents à mon domicile pendant la période estivale.

Fait à ....., le.....

Signature obligatoire

*Les informations communiquées ont pour seul objet le plan d'alerte et d'urgence départemental. Elles restent confidentielles et sont destinées exclusivement à l'usage du Centre Communal d'Action Sociale de la ville de Bonnières-sur-Seine, responsable de leur traitement. Elles seront traitées en conformité avec la Loi du 06/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.*