

DEMANDE D'INSCRIPTION AU REGISTRE PLAN D'ALERTE ET D'URGENCE

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



**Centre Communal d'Action Sociale
83440 TOURRETTES**

S'inscrire au registre nominatif et renseigner
tous les champs du formulaire sont
facultatifs.

L'inscription permet un service personnalisé,
ce qui n'exclut aucune personne de
bénéficier des secours.

Remplir en lettres majuscules

BENEFICIAIRE 1 NOM PATRONYMIQUE : NOM D'USAGE : PRÉNOM(S) : DATE DE NAISSANCE : SITUATION DE FAMILLE : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ En couple ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)	Adresse : Tél. fixe : Tél. mobile : Adresse e-mail : Sollicite l'inscription en qualité de : ☐ Personne de plus de 65 ans ☐ Personne de plus de 60 ans reconnue inapte au travail ☐ Personne handicapée ☐ Personne vulnérable (isolée, sous traitement médical,...)
BENEFICIAIRE 2 NOM PATRONYMIQUE : NOM D'USAGE : PRÉNOM(S) : DATE DE NAISSANCE :	Tél. mobile : Adresse e-mail : Sollicite l'inscription en qualité de : ☐ Personne de plus de 65 ans ☐ Personne de plus de 60 ans reconnue inapte au travail ☐ Personne handicapée ☐ Personne vulnérable (isolée, sous traitement médical,...)

RESPONSABLE LÉGAL NOM : PRENOM : QUALITÉ :	Adresse : Tél. fixe : Tél. mobile : Adresse e-mail :
SERVICE INTERVENANT À DOMICILE (aide à domicile, aide-soignant, etc.) NOM DU SERVICE : NOM DE L'INTERVENANT : NOMBRE D'INTERVENTIONS PAR SEMAINE :	Adresse : Tél fixe : Tél mobile : Adresse e-mail :
PERSONNE(S) À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE NOM : PRÉNOM : QUALITÉ : _____ NOM : PRÉNOM : QUALITÉ : _____ NOM : PRÉNOM : QUALITÉ :	Adresse : Tél fixe : Tél mobile : Adresse e-mail : Adresse : Tél fixe : Tél mobile : Adresse e-mail : Adresse : Tél fixe : Tél mobile : Adresse e-mail :

SANTÉ

Médecin traitant

Nom :

Prénom :

Adresse du cabinet :

Téléphone :

Infirmier

Avez-vous un infirmier qui intervient :

☐ oui ☐ non

Si oui, combien de fois par semaine :

Etablissement d'accueil

Jours de présence (*cocher la (les) case(s) correspondante(s) à votre situation, préciser les dates et barrer les jours d'absence*)

☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Mercredi

☐ Jeudi ☐ Vendredi

☐ Samedi ☐ Dimanche

☐ Toute l'année

☐ Autre :

Horaires :

Précisez bénéficiaire 1 ou 2

AGGIR (Autonomie, **G**érontologie, **G**roupes ISO, **R**essources) :

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

Souffrez-vous d'une difficulté particulière :

☐ station debout pénible

☐ mobilité réduite

☐ fauteuil ☐ canne ☐ déambulateur

☐ autre :

Capacité à comprendre : ☐ oui ☐ non

Suivez-vous un traitement :

☐ allergique

☐ autre :

Particularité alimentaire :

Avez-vous un équipement médical identifié à domicile : respirateur, lit médicalisé, etc. (utilisation occasionnelle ou journalière) ? :

Observations particulières :

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 et d'urgence au profit des personnes âgées et des personnes handicapées en cas de risques exceptionnels.

Fait à, le

Signature bénéficiaire 1

Signature bénéficiaire 2

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	Avez-vous de l'aide pour le ménage ? : ☐ oui ☐ non Avez-vous de l'aide pour les courses ? : ☐ oui ☐ non Avez-vous une téléalarme ? : ☐ oui ☐ non Avez-vous la climatisation ? : ☐ oui ☐ non Avez-vous une voiture pour vous déplacer ? : ☐ oui ☐ non Avez-vous des voisins à proximité ? : ☐ oui ☐ non Avez-vous la visite de votre famille l'été ? : ☐ oui ☐ non Avez-vous de la visite au moins une fois par semaine ? : ☐ oui ☐ non
OBSERVATIONS PARTICULIÈRES	

Je soussigné(e), M..... ,

Je soussigné(e), M..... ,

Atteste avoir été informé(e), en qualité de personne vulnérable, parent, tuteur, curatelle, ou autre représentant légal (précisez), que :

- l'inscription au registre nominatif n'est soumise à **aucune obligation** et chaque renseignement de ce questionnaire est **facultatif** ;
- les informations recueillies seront transmises à la commune de Tourrettes dans le cadre du plan d'alerte et d'urgence au profit des personnes âgées et des personnes handicapées en cas de risques exceptionnels, dispositif d'alerte ponctuelle à la population fragile ;
- cette fiche de renseignements a pour vocation d'aider les services publics mobilisés à me porter assistance en cas de nécessité ;
- **l'inscription est permanente** mais que je peux demander la radiation à tout moment auprès du CCAS de la commune.

Fait à , le

Signature bénéficiaire 1

Signature bénéficiaire 2

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 Tourrettes. Les destinataires des données recueillies sont le Maire, les agents et élus de la commune en charge de la gestion de crise, ainsi que sur sa demande, le Préfet.

Conformément à la loi 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 Tourrettes, 1 place de la Mairie, 83440 TOURRETTES ou par courriel à : mairie@mairie-tourrettes-83.fr . Pour toutes questions relatives à la protection des vos données personnelles vous pouvez contacter le délégué à la protection des données de la commune à l'adresse : dpo@mairie-tourrettes-83.fr