



CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE
 8 allée de la Durante
 31320 AUZEVILLE-TOLOSANE
 Tel : 05 61 73 53 10
 Courriel : ccas.mairie@auzeville31.fr

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF

Prévu à l'article L. 121-6-1 du code de l'action sociale et des familles

BULLETIN D'INSCRIPTION

Bulletin à remplir en LETTRES MAJUSCULES soit :

- par la personne concernée,
- par le représentant légal,
- par un tiers,

1- IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE

M. Mme
 NOM : PRENOM(S) :
 NE(E) LE : / /
 ADRESSE :

 TELEPHONE : Fixe Portable

SITUATION FAMILIALE : isole(e) couple en famille

Je sollicite mon inscription sur le registre des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence consécutif à une situation de risques exceptionnels, climatiques, crise sanitaire ou autres.

Je demande mon inscription :

- 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 en situation de handicap
- en qualité de personne vulnérable (isolée, sous traitement médical, femmes enceintes)

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.

Les réponses permettant l'identification du déclarant sont obligatoires

2- RÉFÉRENCES DU SERVICE MÉDICAL OU SOCIAL INTERVENANT A VOTRE DOMICILE OU EN CONTACT AVEC VOUS

Je déclare bénéficiaire de l'intervention :

d'un service d'aide a domicile :

Intitulé du service :

Adresse :

Téléphone :

d'un service de soins infirmiers à domicile :

Intitulé du service :

Adresse :

Téléphone :

d'un autre service :

Intitulé du service :

Adresse :

Téléphone :

Jour(s) d'intervention(s) :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matin							
Après-midi							
Soir							

d'aucun service à domicile

Avez-vous la téléassistance : Oui Non

Cocher les cases correspondant à votre situation

3- PERSONNES DE VOTRE ENTOURAGE A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

① NOM / Prénom(s) :

LIEN (enfant,famille,voisin,ami) :

Adresse(commune):.....

Téléphone(s) :

Possède-t-elle les clés du domicile : Oui Non

② NOM / Prénom(s) :

LIEN (enfant,famille,voisin,ami) :

Adresse(commune):.....

Téléphone(s) :

Possède-t-elle les clés du domicile : Oui Non

Les réponses à cette rubrique sont facultatives

4- COORDONNES DE MON MEDECIN TRAITANT

☞ NOM/Prénom :

☞ Téléphone :

☞ Adresse :

5- SI LE BULLETIN EST REMPLI PAR UN TIERS, VEUILLEZ PRÉCISER VOS COORDONNÉES :

M. Mme

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Agissant en qualité de :

Représentant légal

Service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile

Médecin traitant

Autre : (merci de le préciser)

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.

Cette demande doit être déposée soit à la Mairie, soit au CCAS ou soit par courriel au ccas.mairie@auzeville31.fr

Fait à, le

Signature obligatoire

Toutes les données recueillies par ce formulaire sont facultatives. Elles font l'objet d'un traitement informatique uniquement destiné à aider les pouvoirs publics dans la mise en place d'un dispositif permanent et général d'alerte à la population dit « Plan Communal de Sauvegarde » (PCS) et l'organisation des secours déclenchés en cas de nécessité. Le responsable de ce registre nominatif, mis à jour chaque année, est le Maire d'Auzeville-Tolosane. Les destinataires des données recueillies sont le Maire, les agents du service de prévention des risques et gestion de situation de crise d'Auzeville-Tolosane, ainsi que, sur sa demande, le Préfet. Conformément à la loi n°78-17 « Informatique et Libertés », vous disposez de droits d'opposition, d'accès, de rectification et de suppression des données qui vous concernent en vous adressant par courrier au 8 allée de la Durante ou par courriel à ccas.mairie@auzeville31.fr