



FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE DES PERSONNES VULNÉRABLES

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

- Première inscription Mise à jour des informations

IDENTITÉ DE LA PERSONNE À INSCRIRE

- Madame Monsieur

Nom : Nom de naissance :

Prénom :

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

Adresse complète :

Téléphone fixe : téléphone portable :

Email :

SITUATION DE LA PERSONNE (plusieurs cases peuvent être cochées)

- Personne âgée de 65 ans et plus
 Personne âgée de plus de 60 ans reconnue inapte au travail
 Personne en situation de handicap
 Personne isolée
 Autre (préciser).....

SERVICES D'AIDE INTERVENANT À DOMICILE

- Téléalarme/ téléassistance nom/téléphone :
 Soins à domicile nom/téléphone :
 Aide-ménagère à domicile nom/téléphone :
 Portage de repas à domicile nom/téléphone :
 Autre nom/téléphone :

PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

<p>Contact prioritaire 1 :</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Lien (famille, ami, voisin...) :</p> <p> :</p> <p>Dispose des clés du domicile : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<p>Contact prioritaire 2 :</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Lien (famille, ami, voisin...) :</p> <p> :</p> <p>Dispose des clés du domicile : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>
---	---

MÉDECIN TRAITANT-DONNEES COMPLÉMENTAIRES

Nom et coordonnées du médecin traitant :

Vous vivez : seul (e) en couple en famille autre (préciser) :

Autres informations que vous souhaitez nous communiquer :

.....

INSCRIPTION PAR UNE AUTRE PERSONNE QUE L'INTÉRESSÉ(E)

Je soussigné (e),

Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Téléphone fixe : téléphone portable :

Agissant en qualité de :

représentant légal

proche (frère, sœur, enfant, ami, voisin) :(préciser)

médecin traitant

services de soins infirmiers à domicile

services d'aide à domicile

autre :(préciser)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande.

Je suis informé (e) que cette inscription n'est soumise à aucune obligation et chaque renseignement de ce questionnaire est facultatif.

Je suis informé (e) qu'il m'appartient de signaler au secrétariat de la mairie toute modification concernant ces informations, aux fins de mettre à jour les données permettant de me contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.

Fait à, le

Signature obligatoire,

Toutes les données recueillies par ce formulaire sont facultatives. Elles sont enregistrées dans un fichier informatisé destiné à aider les pouvoirs publics dans la mise en place d'un plan d'alerte et d'urgence au profit des personnes âgées et des personnes handicapées en cas de risques exceptionnels (obligation légale, art. L. 121-6-1 du code de l'action sociale et des familles). Le responsable de ce registre nominatif, mis à jour chaque année est le Maire de Monthou-sur-Bièvre. Les destinataires des données recueillies sont le Maire, le secrétariat de la mairie, ainsi que, sur sa 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 Monthou-sur-Bièvre – rue de la Charmille – 41120 Monthou-sur-Bièvre ou par courriel à mairie-monthousurbievre@wanadoo.fr. Pour toutes questions relatives à la protection de vos données personnelles vous pouvez contacter votre mairie.

FICHE À RETOURNER EN MAIRIE DE MONTHOU-SUR-BIEVRE