

REGISTRE COMMUNAL DES PERSONNES VULNÉRABLES OU ISOLÉES
FICHE DE RECENSEMENT

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).

Les destinataires des données recueillies sont le Maire, le CCAS, les agents du service de prévention des risques et de gestion de situation de crise de la commune de Mouilleron-le-Captif, 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 CCAS de Mouilleron-le-Captif – 8 Rue de la Gillonnière – 85000 MOUILLERON-LE-CAPTIF ou par courriel à contact@mairie-mouilleronlecaptif.fr.

Personne(s) à inscrire

Je (nous) soussigné(e)(s),

Nom : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Téléphone : _____

Email : _____

Nom et adresse du médecin traitant : _____

Nom : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Téléphone : _____

Email : _____

Nom et adresse du médecin traitant : _____

Adresse (précisez N° de l'appartement, étage) : _____

Sollicite mon (notre) 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, épidémiologiques...) :

- en qualité de personne âgée de 65 ans et plus
- en qualité de personne âgée de plus de 60 ans, bénéficiaire de l'Allocation Personnalisée
- en qualité de personne en situation de handicap

accepte(nt) d'être contacté(e)(s) par le CCAS en cas de situation à risque.

Ma situation : Je vis seul(e)

Je vis en couple

Je n'ai pas de famille à proximité

Services mis en place :

Téléalarme/Téléassistance

Nom/téléphone : _____

Soins à domicile

Nom/téléphone : _____

Aide-ménagère à domicile

Nom/téléphone : _____

Portage repas à domicile

Nom/téléphone : _____

Autre

Nom/téléphone : _____

Noms et coordonnées des personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom – Prénom	Adresse	Téléphone / Email

Si vous remplissez cette demande pour un tiers, merci d'indiquer vos coordonnées :

Nom Prénom : _____

Téléphone Portable : _____

Email : _____

Lien avec la(les) personne(s) concernée(s) (enfant, voisin, ami, représentant légal etc...) : _____

Fait à _____ le _____
Signature(s),