

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION
SUR LE REGISTRE COMMUNAL - Plan d'Alerte et d'Urgence**
prévu à l'article L. 116-3 et L. 121-6-1 du code de l'action sociale et des familles

Identification de la personne à inscrire sur le registre communal

La personne concernée est-elle consentante : oui non

Nom ----- Prénom : -----

Date de naissance-----

Situation familiale : -----

Adresse : -----

Ville : ----- Code postal :-----

Téléphone : ----- mail :-----

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 isolée

Personne à contacter si besoin

Nom ----- Prénom : -----

Adresse : -----

Ville : ----- Code postal :-----

Téléphone : ----- mail :-----

Lien avec la personne à inscrire (famille, professionnel, voisin, etc.) : -----

Santé

Cocher la ou les cases qui concernent la personne :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Difficulté pour voir | <input type="checkbox"/> Difficulté pour entendre |
| <input type="checkbox"/> Difficulté pour parler/comprendre | <input type="checkbox"/> Pertes de mémoire |
| <input type="checkbox"/> Difficulté pour se déplacer | <input type="checkbox"/> Risque de chutes |
| <input type="checkbox"/> Maladie chronique | <input type="checkbox"/> Dépression |
| <input type="checkbox"/> Autres (précisez) : ----- | |

Entourage familial

Les visites que je reçois au cours de l'année ont lieu :

- Tous les jours au moins 1 fois par semaine 1 fois /mois 1 fois/an

Nom ----- Prénom : -----

Famille/voisin/amis : -----

Téléphone : ----- mail :-----

Nom ----- Prénom : -----

Famille/voisin/amis : -----

Téléphone : ----- mail :-----

Nom ----- Prénom : -----

Famille/voisin/amis : -----

Téléphone : ----- mail :-----

Parmi ces personnes, certaines seront présentes en juillet/août/septembre :

Oui

Non

Entourage professionnel

Coordonnées du médecin traitant :

Nom -----

Adresse : -----

Ville : ----- Code postal :-----

Téléphone : -----

Coordonnées de l'aide à domicile :

Nom -----

Adresse : -----

Ville : ----- Code postal :-----

Téléphone : -----

Jours d'intervention de l'aide à domicile : -----

Coordonnées du service de portage de repas :

Nom -----

Adresse : -----

Ville : ----- Code postal :-----

Téléphone : -----

Jours d'intervention : -----

Coordonnées du service de téléassistance :

Nom -----

Adresse : -----

Ville : ----- Code postal :-----

Téléphone : -----

Coordonnées du service infirmier :

Nom -----

Adresse : -----

Ville : ----- Code postal :-----

Téléphone : -----

Jours de passage : -----

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

Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler aux services municipaux 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

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 commune de Pipriac, 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.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement, demander leur portabilité, exercer votre droit à la limitation du traitement ou vous opposer au traitement de vos données. Vous pouvez retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données.

Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le service accueil de la mairie à mairie@mairie-pipriac.fr ou 13 place de la Mairie 35550 PIPRIAC ou le délégué à la protection des données : Centre de Gestion d'Ille et Vilaine, 1 avenue de Tizé, CS 13600, 35236 THORIGNE-FOUILLARD CEDEX - dpd@cdg35.fr

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.