



# Plan d'alerte et d'urgence départemental en cas de risques exceptionnels

Article L. 116-3 du Code de l'action sociale et des familles

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE 2019

Nom : ..... Prénom : .....

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

Adresse: .....

Téléphone : .....

- Vous êtes :  âgé(e) de 65 ans et plus  
 âgé(e) de plus de 60 ans, reconnu(e) inapte au travail  
 personne adulte handicapée

Situation familiale:  seul(e)  en couple  en famille

Bénéficiez-vous :

- d'un service d'aide à domicile :  oui  non  
Nom et tél. du service d'aide à domicile : .....
  - d'un service de soins infirmiers :  oui  non  
Nom et tél. du service de soins infirmiers : .....
  - du portage de repas à domicile :  oui  non  
Nom et tél. du service de portage de repas : .....
  - de la téléassistance :  oui  non  
Nom et tél. du Médecin traitant : .....
- Avez-vous des visites ou contacts réguliers avec la famille, des voisins, des amis ?  oui  non

### **Personnes à prévenir en cas d'urgence :**

NOM et Pénom : .....	NOM et Pénom : .....
Qualité: .....	Qualité: .....
Adresse : .....	Adresse : .....
Tél : .....	Tél : .....
Possède les clefs du domicile <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Possède les clefs du domicile <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

**Si ce bulletin a été rempli à la demande d'une autre personne que l'intéressé(e), veuillez préciser son identité :**

Nom : .....

Qualité : .....

Téléphone : .....

### **PERIODES D'ABSENCE DU DOMICILE**

Du ..... au ..... inclus

Du ..... au ..... inclus

Du ..... au ..... inclus

### **ATTENTION**

Votre inscription sur le registre communal des personnes fragilisées vous engage à communiquer à notre service **toute absence, toute période de vacances, d'hospitalisation ou d'hébergement dans une structure** pendant la période de veille saisonnière à partir du 1er juin.

En effet, en cas d' **ALERTE CANICULE**, il est impératif de pouvoir vous joindre.

Date de la demande : .....

Signature :

Merci de retourner ce questionnaire complété et signé au :

**CCAS de Plaisance du Touch**  
**3,5 rue des Tilleuls**  
**31830 Plaisance du Touch**  
**Tél : 05.61.16.39.62**  
**Fax: 05.61.16.39.69**  
**[ccas@plaisancedutouch.fr](mailto:ccas@plaisancedutouch.fr)**

✦ Toutes les données recueillies par ce formulaire sont confidentielles.

✦ Elles font l'objet d'un traitement informatique uniquement destiné à aider les pouvoirs publics dans la mise en place d'un dispositif d'alerte ponctuelle au bénéfice de la population fragile déclenché en cas de nécessité. Le responsable de ce registre nominatif est le Maire de Plaisance du Touch. Les destinataires des données sont le Maire, les agents des services chargés de la gestion de situation de crise de Plaisance du Touch ainsi qu'à sa demande, le Préfet.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 "Informatique et libertés", vous disposez de droits d'accès, d'opposition, de rectification et de suppression des données qui vous concernent en vous adressant au service supra désigné.

✦ En cas de changement de coordonnées (adresse et téléphone), pensez à communiquer au CCAS vos nouvelles coordonnées.