FORMULAIRE D'INSCRIPTION
au Registre nominatif communal
du Plan d'Alerte et d'urgence

Par la présente, je souhaite m'inscrire ou faire inscrire sur le registre des personnes à contacter en cas de déclenchement d'un plan d'alerte et d'urgence consécutif à une situation de risques exceptionnels, climatiques ou autres.

Je suis informé (e) :

- que cette inscription ne concerne que les personnes vulnérables du fait de leur isolement
- que cette inscription est facultative, régulièrement mise à jour et qu'une demande de radiation peut être faite sur simple demande à tout moment.
- que je m'engage à signaler au CCAS toute modification concernant ces informations, permettant ainsi de mettre à jour les données utilisées pour me contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte ou d'urgence.

Personne à inscrire

Nom :…… Prénom :……

Nom de jeune fille :……

Date de naissance :……

Adresse :……

Vit : ❑ seul(e) ❑ en couple ❑ autre, précisez : ……

Téléphone (obligatoire) :……

Portable :……

Mail : ……@……

<u>Qualité de la personne à inscrire</u>

❑ personne âgée de 65 ans et plus
❑ personne âgées de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail
❑ personne adulte handicapée

❑ **Inscription faite en nom propre** ❑ **Inscription faite par un tiers (si oui, remplir les informations suivantes)**

Je soussigné(e)

Nom :…… Prénom :……

Agissant en qualité de :

❑ représentant légal
❑ service d'aide à domicile ou services de soins infirmiers à domicile
❑ médecin traitant
❑ autre : (préciser)

Absences prévues

Absences prévues durant les périodes estivales :

❑ du : ……/……/…….. au : ……/……/……..

❑ du : ……/……/…….. au : ……/……/……..

❑ Absences non prévues à ce jour. Pour tout changement, veuillez nous en informer au 05 61 75 21 28

Personnes référentes

Personne de l'entourage (famille, amis, voisins…)

Nom :……Prénom :……..

Adresse : ……

Téléphone : ……

Personne de l'entourage (famille, amis, voisins…)

Nom :……Prénom :……..

Adresse : ……

Téléphone : ……

Professionnel(s)

❑ service d'aide ou de soins à domicile et / ou d'un autre service (repas à domicile, kinésithérapeute...)

Nom du service :……..

Adresse – Téléphone :……

❑ **médecin traitant**

Nom : ……

adresse – téléphone : ……

Informations diverses

Avez vous des visites à domicile ?

❑ Tous les jours ❑ plusieurs fois par semaine ❑ une fois par semaine ❑ moins souvent

Avez vous la téléassistance ? ❑ oui ❑ non

Vous sentez vous isolé(e) ? ❑oui ❑non

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

Fait à ……., le …….

Signature

à compléter et à retourner par courrier au CCAS – Maison communale de la Solidarité - 18 place marnac 31520 Ramonville Saint Agne

ou

à déposer au CCAS,

à l'accueil de la mairie

par mail à ccas@mairie-ramonville.fr

Ce registre est soumis au décret 2004-926 et peut être mis à disposition du préfet et représentant de l'État en cas de déclenchement du Plan Alerte et d'ugence.
Il concerne les personnes âgées de plus de 65 ans ou inaptes au travail de plus de 60 ans et les personnes handicapées de plus de 18 ans.
Ces données seront conservées jusqu'à la prochaine mise à jour, les données précédentes seront supprimées.
"Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 et La loi n° 2018-493 du 20 juin 2018, promulguée le 21 juin 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, ainsi qu'un droit d'opposition et de suppression que vous pourrez exercer à tout moment en vous adressant au Délégué à la Protection des Données de la ville de Ramonville Saint-Agne: dpo@mairie-ramonville.fr. "