



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

Formulaire d'inscription sur le registre nominatif d'alerte

1- IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE

Monsieur Madame

NOM :

Prénom(s) :

Né(e) le : \ \ à

Adresse :

Téléphone :

Situation familiale : isolé(e) couple en famille

Je sollicite mon 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 ou autres.

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

Je suis informé(e) que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de ma part.

Afin de bénéficier d'un accompagnement plus adapté en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence, vous pouvez donner les renseignements des rubriques 2 à 4. Le fait de communiquer ces informations est libre et ne conditionne pas l'inscription au registre.

2- RÉFÉRENCES DU SERVICE MÉDICAL OU SOCIAL INTERVENANT À VOTRE DOMICILE OU EN CONTACT AVEC VOUS

Je déclare bénéficiaire de l'intervention :

D'un service d'aide à domicile d'un service de soins infirmiers à domicile

Intitulé du service :

Adresse :

Téléphone : Jour d'intervention :

D'un autre service

Intitulé du service :

Adresse :

Téléphone :

D'aucun service à domicile

3- PERSONNES DE VOTRE ENTOURAGE A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM / Prénom :
Adresse :
Téléphone :
NOM / Prénom :
Adresse :
Téléphone :

4- MENTION DE VOS PÉRIODES D'ABSENCE ENTRE JUIN ET AOÛT

- Absences en juin :
- Absences en juillet :
- Absences en aout :

5- SI LE BULLETIN EST REMPLI POUR LE BÉNÉFICIAIRE PAR UN TIERS, VEUILLEZ PRÉCISER VOS COORDONNÉES :

Monsieur Madame

NOM :
Prénom(s) :
Adresse :
Téléphone :

Agissant en qualité de :

- Représentant légal
 Service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile
 Médecin traitant
 Autre : (merci de le préciser)

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.

« Lors du déclenchement du plan d'alerte et d'urgence par la Préfecture, les personnes inscrites sur le registre sont appelées pendant la période d'alerte. Si elles ne répondent pas par téléphone une visite à domicile est effectuée. » Ainsi, j'accepte que mes coordonnées (nom et adresse) soient également transmises à la Police municipale pour permettre la visite des policiers municipaux à mon domicile, dans le cas où je ne serai pas joignable.

Fait à, le

Signature obligatoire

Les informations communiquées ne seront utilisées qu'en cas de déclenchement du 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 Ville Rillieux-la-Pape, 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 demander l'accès, la rectification ou l'effacement des données personnelles vous concernant, ou vous opposer à leur traitement. Vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle.

Le délégué à la protection des données peut être joint par mail (dpo@rillieuxlapape.fr) ou par courrier (Délégué à la protection des données – Hôtel de ville - 165, rue Ampère - 69140 Rillieux-la-Pape)