



INSCRIPTION
AU REGISTRE COMMUNAL
DES PERSONNES VULNÉRABLES

Madame Monsieur

Nom
Prénom
Date de naissance
Téléphone fixe ou mobile
Courriel (facultatif)

Adresse

Prévu à l'article L.121-6-1 du code de l'action sociale et des familles. Ce registre nominatif a pour finalité exclusive de permettre l'intervention ciblée des services sanitaires et sociaux en cas d'activation d'un plan d'alerte.

Vous vivez seul(e) en couple en famille

Type de logement Individuel collectif autre

Accessibilité au logement plain-pied étage n° code d'accès :

Nom et coordonnées du médecin traitant
.....

Prestations à domicile

Aide à domicile portage de repas soins à domicile infirmiers autre

Sollicite mon inscription sur le registre en qualité de :

Personne de 65 ans et plus

Personne de 60 ans reconnue inapte au travail

Personne handicapée sous assistance d'un appareillage électrique (ex : respiratoire...)
 Personne atteinte d'un handicap mental
 Personne à mobilité réduite, malentendante, non voyante
 Personne alitée
 Autre

Personne isolée

Souffrez-vous d'une difficulté d'ordre :

Station debout pénible fauteuil canne déambulateur

suite au dos
➔

Personne n°1 à contacter en cas d'urgence (famille, ami, voisin proche...)

Nom et prénom :

Lien avec la personne :

Téléphone fixe : Téléphone mobile :

Personne n°2 à contacter en cas d'urgence (famille, ami, voisin proche...)

Nom et prénom :

Lien avec la personne :

Téléphone fixe : Téléphone mobile :

Consentement à l'utilisation des données personnelles :

J'accepte de communiquer ces renseignements au CCAS de Quistinic qui s'engage à en garder la confidentialité.

J'autorise le CCAS de Quistinic à me contacter tous les 6 mois afin de mettre à jour les renseignements communiqués.

J'autorise le CCAS de Quistinic à communiquer ces renseignements au Maire et aux élus et acteurs de l'organisation communale de gestion de crise. L'intéressé(e) dispose de droits d'opposition d'accès, de rectification, de retrait de son consentement et de suppression des données transmises en justifiant de son identité et en s'adressant par courrier :

A CCAS de Quistinic – Leur Izel 56310 Quistinic et par courriel à ccas@quistinic.fr

Les données relatives à mon état de santé :

Je consens à ce que les données relatives à mon état de santé soient enregistrées dans le « registre nominatif » des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte d'urgence au profit des personnes âgées et des personnes handicapées en cas de risques exceptionnels.

Conformément à l'article 9 sur le traitement portant sur des catégories de données à caractère personnel du règlement sur la protection des données personnelles.

La demande a été faite :

Par la personne elle-même

Autre : Nom et prénom :

Qualité (famille/ami/voisin) :

Fait à Quistinic

Signature

Le : / /