



CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE SAINT-MONTAN

DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF DES PERSONNES VULNÉRABLES

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

BÉNÉFICIAIRE 1

Nom :

Prénom :

Date de Naissance : / /

BÉNÉFICIAIRE 2

Nom :

Prénom :

Date de Naissance : / /

COORDONNÉES DES BÉNÉFICIAIRES

Adresse :

.....
.....

Téléphone Fixe :/...../...../...../.....

Téléphone Portable :/...../...../...../.....

Mail :@.....

Situation familiale: isolé(e) en couple en famille

Demande à être inscrit sur le registre en qualité de :

BÉNÉFICIAIRE 1

BÉNÉFICIAIRE 2

Personne âgée de plus de 65 ans

Personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail

Personne en situation de handicap

Personne isolée

Demande d'inscription (si demande faite par un tiers sur autorisation du ou des bénéficière (s).

Nom, Prénom,

Agissant en qualité de :

représentant légal (tuteur, curateur)

service d'aide à domicile ou service infirmier à domicile

enfant

médecin traitant

autre (préciser) :

COORDONNÉES DES SERVICES INTERVENANT À DOMICILE

(afin de favoriser l'intervention des services sociaux et sanitaires si besoin)

Service de soins infirmiers à domicile :

Nom, Prénom, Raison Sociale :

Adresse : **Téléphone :**/...../...../...../...../.....

Médecin traitant :

Nom, Prénom, Raison Sociale :

Adresse : **Téléphone :**/...../...../...../...../.....

Personne de l'entourage à prévenir en cas d'urgence :

Nom, Prénom, Qualité (*enfants, voisins, ami...*) :

Adresse : **Téléphone :**/...../...../...../...../.....

J'atteste (nous attestons) sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande.

Je suis informé(e), (nous sommes informés)

- ◇ qu'il m'(nous) appartient de signaler aux services municipaux toute modification concernant ces informations, afin de mettre à jour les données permettant de me (nous) contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.
- ◇ que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de ma part (notre part).

Fait à, Le/...../..... .

SIGNATURE BÉNÉFICIAIRE 1

SIGNATURE BÉNÉFICIAIRE 2

Toutes données recueillies par ce formulaire sont facultatives. Elles sont uniquement destinées à aider les pouvoirs publics dans la mise en place d'un dispositif d'alerte ponctuelle au bénéfice de la population fragile et l'organisation des secours déclenchés en cas de nécessité. Ce traitement est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public, prévu par le Code de l'Action Sociale et des familles (art L.116-3,L.121-6-1 et R 121-2). Le responsable de ce registre nominatif, mis à jour chaque année, est le Maire. Les destinataires des données recueillies sont : Le Maire et les membres de la cellule de crise ainsi que , sur sa demande, le Préfet.

Votre radiation du registre communal peut être effectuée à tout moment sur simple demande écrite de votre part.

CE FORMULAIRE EST À RETOURNER À :

Mairie de Saint-Montan - Voie antique Haute - 07220 SAINT-MONTAN

Par mail à : mairie@saint-montan.fr

A télécharger : saint-montan.fr

A retirer à la Pharmacie

Pour tout renseignement complémentaire contacter le 04.75.52.62.09

Un accusé de réception vous sera adressé par le CCAS