



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

Article L.121-6-1 du code de l'Action sociale et des familles

### PERSONNE CONCERNÉE PAR LA DEMANDE

Nom : ..... Prénom (s) : .....

Nom de Jeune fille : .....

Date de naissance :     /     /    Sexe :  Masculin    Féminin

Vous vivez :    seul(e)        en couple    avec un proche

Adresse complète : .....

Téléphone Fixe : .....    Téléphone Portable :  
.....

Email (facultatif) :

Date de la demande d'inscription : .....

Nom et prénom du demandeur (préciser le lien de parenté) : .....

#### **Qualité de la personne à inscrire :**

- Personne âgée de 65 ans et plus
- Personne âgée de 60 ans et reconnue inapte au travail
- Personne adulte handicapée

### PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

	1 <sup>ère</sup> personne	2 <sup>ème</sup> personne
Nom, Prénom		
Adresse		
Téléphone :		
E-mail		
Lien avec le bénéficiaire		



## COORDONNÉES DES INTERVENANTS À DOMICILE

**Médecin traitant** : NOM.....Téléphone :.....

**Infirmières** : NOM.....Téléphone :.....

Fréquence des passages de l'infirmier (e) : 3/7 jours      5/7jours      7/7 jours

**Aide à domicile** : Nom/Organisme : .....Téléphone : .....

Fréquence des passages de l'aide à domicile : 3/7 jours      5/7jours      7/7 jours

**Portage de repas** : Nom/Organisme : .....Téléphone :.....

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

Je suis informée :

- qu'il m'appartient de signaler au CCAS toute modification concernant ces informations, afin de mettre à jour les données permettant de me contacter en cas de déclenchement d'un plan d'alerte.
- que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande écrite de ma part.

### **FORMULAIRE A RETOURNER DUMENT REMPLIE SOUS ENVELOPPE CONFIDENTIEL A :**

CCAS d'EGUILLES Place Gabriel Payeur 13510 EGUILLES

Ou par mail à :

[ccas@mairie-eguilles.fr](mailto:ccas@mairie-eguilles.fr)

### **Mention d'Information relative à la protection des données.**

Les informations recueillis sur ce formulaire sont utilisées exclusivement par le personnel habilité du CCAS d'EGUILLES. La base légale de ce traitement repose sur votre consentement. Celles-ci sont collectées dans le cadre d'un plan d'alerte et d'urgence départemental en cas de risques exceptionnels.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi informaticque et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification de ces données à caractère personnel. Vous disposez également d'un droit à l'effacement, à la portabilité de vos données, d'opposition au traitement et de retirer votre consentement à tout moment.

En soumettant cette inscription, j'accepte que mes données à caractère personnel soient traitées par le CCAS d'EGUILLES pour mon inscription au registre des personnes vulnérables.

Fait à EGUILLES, le .....

Signature du bénéficiaire ou du tiers :