

Avez-vous une assistance respiratoire ? (facultatif) ⁽¹⁾

- Oui
- Non

Etes-vous équipé(e) d'une téléassistance ? (facultatif) ⁽¹⁾

- Oui
- Non

Médecin traitant (Facultatif)

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : / / / / / Ville :

Téléphone : / / / / / / / / / / / / / / / /

Souhaitez-vous nous faire part d'autre problème de santé nous permettant d'anticiper la situation d'urgence ? (facultatif)

.....

.....

.....

.....

-Etes-vous entouré(e) par : ⁽¹⁾

- Votre famille
- Des amis
- Votre voisinage
- Personne

-Diriez-vous que leurs visites sont ? ⁽¹⁾

- Quotidiennes
- hebdomadaires
- Mensuelles
- Aucune

-Considérez-vous être ? ⁽¹⁾

Géographiquement

- Isolé(e)
- Très isolé(e)
- Non isolé(e)

Socialement

- Isolé(e)
- Très isolé(e)
- Non isolé(e)

-Personnes de mon entourage à prévenir en cas d'urgence ⁽¹⁾ :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : / / / / / / Ville :

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

Mail :@.....

Lien de parenté :

Souhaitez-vous vous inscrire sur le registre plan canicule ? ⁽¹⁾

- Oui
- Non

Si oui merci de compléter les pages 4 et 5

Si non, passez directement à la page 5

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF prévu à
l'article L. 121-6-1 du code de l'action sociale et des familles (*)

Je déclare bénéficiaire de l'intervention ⁽¹⁾ :

D'un service d'aide à domicile

Nom :.....

Adresse/ téléphone :.....

A quelle fréquence :.....

D'un service de soins infirmiers à domicile

Nom :.....

Adresse/ téléphone :.....

A quelle fréquence :.....

D'un autre service

Nom :.....

Adresse/ téléphone :.....

A quelle fréquence :.....

D'aucun service à domicile

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Lorsque les traitements relatifs à cette demande sont informatisés, ils sont soumis aux dispositions de la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuels.

Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées que :

1 - Toutes les réponses aux différents questionnaires ne sont pas obligatoires. Toutefois, un défaut de réponse aux questionnaires obligatoires entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier et l'enregistrement du demandeur.

2 - Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à intervenir sous l'autorité du préfet en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.

3 - En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement. Le droit d'accès s'exerce auprès de tous les destinataires des données collectées.

Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser, en justifiant de votre identité, à Monsieur le Maire.

CETTE DEMANDE DOIT ÊTRE ADRESSÉE AU CCAS DE LESPARRE MEDOC

-Directement au bureau du lundi au vendredi (8h30-12h30 et 14h00-17h00)

-Par courrier à l'intention du CCAS 37 Cours du Mal de Lattre de Tassigny
33.340- LESPARRE MEDOC

- Par mail : ccas@mairie-lesparre.fr

Je soussigné(e)

habitant.....

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

Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler au Centre Communal d'Action Sociale 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.

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.

Fait à Lesparre Médoc le.....

Signature

⁽¹⁾ Cocher la case correspondant à votre situation