

Je sollicite mon inscription sur le registre communal nominatif

- ☐ 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 handicapée
☐ Bénéficiaire de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)
☐ Bénéficiaire de la PCH (Prestation de Compensation du Handicap)

PERSONNE AYANT EFFECTUE LA DEMANDE :

- ☐ Agissant en mon nom propre
- ☐ Représentant Légal
- ☐ Mme ☐ M Nom :.....
- Prénom :
- Date de naissance : __ / __ / __
- Adresse
- Boite à clés numéro :.....
- Code postal : Ville :
- Téléphone : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/ Portable : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/
- Mail :@.....
- QUALITE PAR RAPPORT A LA PERSONNE CONCERNEE :

PERSONNE CONCERNEE PAR LA DEMANDE : (si différent que la personne ayant effectué la demande)

- ☐ Mme ☐ M Nom : Prénom :
 Date de naissance : __ / __ / __
 Adresse
 Boîte à clés numéro :
 Code postal : 33340 Ville : LESPARRE MEDOC
 Téléphone : / / / / / / / / / / / / / / / / Portable : / / / / / / / / / / / / / / / /
 Mail :@.....

Majeur protégé, indiquez la mesure de protection exercée :

- ☐
- Tutelle
- ☐
- Curatelle
- ☐
- Sauvegarde de justice
- ☐
- Habilitation familiale

La personne est-elle informée de la démarche ? ☐ OUI ☐ NON

Personnes de mon entourage à prévenir en cas d'urgence :

- Nom et qualité : Téléphone : / / / / / / / / / / / / / / / /
- Adresse : Ville :
- Mail :@.....
- Nom et qualité : Téléphone : / / / / / / / / / / / / / / / /
- Adresse : Ville :
- Mail :@.....

Lieu de vie :

☐ Maison avec jardin ☐ appartement ☐ avec balcon ☐ sans balcon

☐ Ventilateurs ☐ Climatiseurs

Diriez-vous que vous êtes autonome ?

☐ OUI ☐ NON

Si non, merci de préciser :

☐ Marche légèrement difficile (avec canne) ☐ Déambulateur ☐ Fauteuil ☐ Alité(e)

☐ Autre, à préciser.....

Médecin traitant :

Nom : Téléphone : / / / / / / / / / /

Adresse : Ville :

Avez-vous un appareil indispensable à votre santé qui fonctionne uniquement avec l'électricité ?

☐ OUI ☐ NON

Si vous souhaitez préciser le type d'appareil :

-Etes-vous entouré(e) par :

☐ Votre famille ☐ Des amis ☐ Votre voisinage ☐ Personne

-Diriez-vous que leurs visites sont ?

☐ Quotidiennes ☐ hebdomadaires ☐ Mensuelles ☐ Aucune

-Considérez-vous être ?

Géographiquement

☐ Isolé(e)
☐ Très isolé(e)
☐ Non isolé(e)

Socialement

☐ Isolé(e)
☐ Très isolé(e)
☐ Non isolé(e)

Je déclare bénéficier :

☐ D'une téléassistance

☐ D'un service d'aide à domicile

Nom : Adresse :

A quelle fréquence :

☐ D'un service de soins infirmiers à domicile

Nom : Adresse :

A quelle fréquence :

☐ D'un autre service

Nom : Adresse :

A quelle fréquence :

☐ D'aucun service à domicile

Cocher la case correspondant à votre situation

En cas d'absence prolongée, merci de bien vouloir informer le CCAS de Lesparre

ARTICLE R121-10 :

Version en vigueur depuis le 5 juillet 2026

Modifié par Décret n° 2026-590 du 3 juillet 2026 – art.10

Les personnes dont les données et informations sont traitées peuvent exercer leurs droits d'accès et de rectification des données ainsi que le droit à la limitation du traitement et d'opposition au traitement, par écrit, prévus respectivement aux articles 15,16,18 et 21 du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données et abrogeant la directive 95/46/CE, auprès du Maire de la commune de résidence.

Ces droits peuvent, le cas échéant être exercés par la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne à l'égard de la personne inscrite sur le registre nominatif.

Toute personne figurant sur le registre nominatif qui fait usage de ses droits d'accès et de rectification ne peut accéder qu'aux seules informations relatives à son inscription.

CETTE DEMANDE DOIT ÊTRE ADRESSÉE AU CCAS DE LESPARRÉ MEDOC

-Directement au bureau du lundi au vendredi de 8h30 à 12h30 et de 14h00 à 17h00
mardi de 8h30 à 12h30

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

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

Les informations communiquées restent confidentielles et sont destinées exclusivement à l'usage du Centre Communal d'Action Sociale de la Ville de Lesparre Médoc.