

FORMULAIRE INSCRIPTION REGISTRE COMMUNAL DES PERSONNES VULNÉRABLES

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

Je soussigné(e)

Nom

Prénom

Nom de naissance

--	--	--

Date de naissance

Jour / mois / année

Adresse

Numéro et rue

Complément adresse

Code Postal

Ville

--	--

Bâtiment /escalier /étage /appartement

Code d'accès à la résidence

Numéro de téléphone (fixe et/ou portable)

--	--

Courriel

	@
--	---

Type de logement :

- Individuel
 Collectif
 Collectif avec gardien

L'inscription est demandée au titre :

- Personne **de 60 ans et plus reconnue inapte au travail**
 Personne de **65 ans et plus**
 Personne en situation de **handicap**
 Personne **sous assistance médicale**
 (notamment respiratoire)

Bénéficiaire :

Téléalarme / Téléassistance OUI NON Nom / Téléphone : _____

Portage de repas OUI NON Nom / Téléphone : _____

Restaurant municipal OUI NON

Aide APA Département OUI NON

Autres renseignements utiles

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.

Feuille à retourner



FICHE CONTACTS**PERSONNE(S) À CONTACTER EN CAS D'URGENCE**Nom Prénom :

.....

Nature de l'aidant :

.....

Téléphone 1 :.....

Téléphone 2 :.....

Nom Prénom :

.....

Nature de l'aidant :

.....

Téléphone 1 :.....

Téléphone 2 :.....

ENFANT(S) À PREVENIR

(si différente de la personne à contacter en cas d'urgence)

Nom Prénom :

.....

Téléphone 1 :.....

Téléphone 2 :.....

Nom Prénom :

.....

Téléphone 1 :.....

Téléphone 2 :.....

SERVICE À DOMICILE

Nom de l'association :

.....

Téléphone 1 :.....

Téléphone 2 :.....

Jour(s) d'intervention :

L Ma Me J V S D **INFIRMIER(E)**

Nom ou association :

.....

Téléphone 1 :.....

Téléphone 2 :.....

Jour(s) d'intervention :

L Ma Me J V S D **MÉDECIN TRAITANT**

Docteur :

Téléphone :

SI VOUS DEMANDEZ L'INSCRIPTION EN QUALITÉ DE TIERCE PERSONNE :**Nom****Prénom**

--	--

Adresse

--

Numéro et rue

--

Complément adresse

--	--

Code Postal

Ville

Numéro de téléphone (fixe et/ou portable)

--	--

Courriel

	@
--	---

DEMANDE EN QUALITÉ DE : _____

(parent, médecin traitant, CCAS, service de soins à domicile....)

JE DEMANDE MON INSCRIPTION AU REGISTRE COMMUNAL DES PERSONNES VULNÉRABLES

Durée de validité de l'enregistrement : 1 an

LE _____ / _____ / _____

Nom / Prénom :

Signature :

Merci de communiquer cette fiche d'inscription au CCAS de Carry-le-Rouet :

soit par courrier postal : Centre Communal d'Action Sociale
Hôtel de Ville – Boulevard des moulins
13620 Carry-le-Rouet

soit par courriel : ccas@mairie-carrylerouet.fr

soit en la déposant directement au CCAS :

Centre Communal d'Action Sociale
Espace René Tavera – Théâtre de Verdure
Chemin du Jas Vieux
13620 Carry-le-Rouet
Tél : 04 42 13 25 27

Accueil du public : lundi, mardi, mercredi, vendredi de 9 h à 12 h et de 13 h 30 à 17 h
jeudi de 9 h à 12 h (fermé l'après-midi)

Vous recevrez un courrier postal de confirmation de votre inscription sur ce registre.

Merci de prendre connaissance des mentions suivantes :

Le registre communal des personnes vulnérables est un dispositif géré par la commune de Carry-le-Rouet afin d'assurer, sur le territoire de la commune, le suivi et l'accompagnement des personnes isolées ou fragilisées par l'âge ou le handicap lors de situations exceptionnelles (canicule, grands froids, épidémies, délestage électrique...); en application des dispositions du Code de l'Action Sociale et des Familles.

La finalité du registre est de pouvoir disposer de la liste des personnes susceptibles de nécessiter l'intervention des services sociaux et sanitaires.

Vos données d'identification et de contact, ainsi que les informations sur le suivi de votre démarche d'enregistrement au registre communal des personnes vulnérables sont traités par le CCAS de Carry-le-Rouet en qualité de responsable de traitement. Ce traitement est fondé sur l'exécution d'une mission d'intérêt public. Vos données seront systématiquement supprimées à l'issue d'une durée de validité de 1 an. Ces informations sont destinées au CCAS, et pourront être communiquées au cabinet du Maire, au Préfet sur sa demande, à l'occasion du plan d'alerte et d'urgence dans le cadre de l'organisation et de la coordination des interventions à domicile, dans le strict respect des finalités susmentionnées.

Conformément au 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 libre circulation de ces données (RGPD) et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (Loi « Informatique et Libertés ») modifiée, vous disposez des droits d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité (lorsqu'il s'applique) à l'égard des données vous concernant, ainsi que de limitation et d'opposition pour motifs légitimes à leur traitement. Vous pouvez les exercer en contactant le Délégué à la Protection des Données à l'adresse dpo@mairie-carrylerouet.fr. Vous disposez également du droit de déposer, à tout moment, une réclamation auprès de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).