



DANS LE CADRE DU PLAN CANICULE

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION
AU REGISTRE COMMUNALE**

POUR LES PERSONNES ÂGÉES & VULNÉRABLES



Département du **GARD**
Arrondissement d'Alès
MAIRIE
DE
SAINT – BRES
30500
Tél : 04.66.24.01.25
mairiestbres@gmail.com



FICHE DE RECENSEMENT DES PERSONNES ÂGÉES ET HANDICAPÉES VULNÉRABLES (Ex plan canicule)

Depuis le 03 septembre 2004, le Maire est tenu d'instituer un registre nominatif des personnes âgées et handicapées. La finalité exclusive de ce registre est de permettre l'intervention ciblée de services compétents auprès des personnes vulnérables inscrites en cas du déclenchement du plan Canicule ou de tout autre plan d'alerte ou d'urgence (plan hivernal, épidémie, ...). L'inscription sur ce registre est facultative. Elle se fera à réception de la fiche de recensement. En revanche, l'inscription une fois effectuée est permanente, mais la radiation au registre est possible à tout moment sur simple demande de l'intéressé.

◆ Personne à inscrire sur le registre canicule :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Situation familiale : isolé(e) couple en famille

Adresse :

Pavillon : Appartement : N° de Logement : Etage :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Qualité de la personne à inscrire :

- Personne âgée de 65 ans et plus
- Personne âgée de 60 ans et plus, reconnue inapte au travail
- Adulte handicapé

Souhaite :

- mon inscription
- mon maintien
- la radiation de mon inscription

} Sur la liste de recensement des
personnes âgées et/ou
handicapées

◆ Coordonnées de l'entourage joignable en cas d'urgence :

NOM Prénom	Lien Particulier	Ville	Téléphone

◆ Intervenants à domicile :

Merci de cocher et compléter le(s) service(s) dont vous bénéficiez à domicile :

Infirmier(e) : (Nom/Téléphone)

.....
(Jour/Horaire de passage)

Aide à domicile : (Nom/Téléphone)

.....
(Jour/Horaire de passage)

Portage de repas : (Nom/Téléphone)

.....
(Jour/Horaire de passage)

Autres (assistante sociale, mandataire judiciaire, infirmière coordinatrice etc.) (Nom/Téléphone)

.....
(Jour/Horaire de passage)

◆ Coordonnées du médecin traitant :

(Nom/Téléphone)

◆ Nom et qualité de la tierce personne qui a effectué la demande (facultatif) :

(Nom/Téléphone)

Date :

Signature du demandeur :

FORMULAIRE A RETOURNER



Par voie postale

MAIRIE DE ST BRÈS
254 Chemin de la Filature
30500 Saint-Brès



ou à déposer

DANS LA BOÎTE AUX
LETTRES DE LA MAIRIE



ou à adresser par mail

mairiestbres@gmail.com

Les informations enregistrées et recueillies par la Mairie de ST BRES via ce formulaire, font l'objet d'un traitement informatique destiné à recenser les personnes bénéficiaires du plan d'alerte et d'urgence en cas d'événements exceptionnels. La base légale du traitement est le Code de l'action sociale et de la famille, notamment ses articles L 116-3 et L 121-6-1.

Les données collectées sont communiquées aux seuls destinataires suivants : la Mairie de ST BRES, les services de l'Etat et conservées tant que vous n'avez pas demandé la radiation de votre inscription.

Conformément à la loi n°78-17 du 6/1/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au Règlement européen n°2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement, de limitation, d'opposition concernant vos données personnelles. Vous pouvez exercer ces droits