



FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF DES PERSONNES VULNERABLES

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

PERSONNE À INSCRIRE SUR LE REGISTRE

NOM : NOM DE NAISSANCE :
PRÉNOMS : DATE DE NAISSANCE :/...../.....
ADRESSE : 17120 COZES
TÉLÉPHONE : PORTABLE :

Sollicite mon inscription sur le registre des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence consécutif à une situation de risques exceptionnels (climatiques, épidémiologiques ...):

Cochez la case correspondante :

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

Ma situation : Je vis seul(e) Je vis en couple Je n'ai pas de famille à proximité

PERSONNES À PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Personne 1 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :
TÉLÉPHONE : PORTABLE :
QUALITÉ (frère, sœur, enfant, voisin, ami, etc.) :

Personne 2 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :
TÉLÉPHONE : PORTABLE :
QUALITÉ (frère, sœur, enfant, voisin, ami, etc.) :

SERVICES

Je bénéficie de l'un des services suivants :

- Soins infirmiers à domicile Nom/ville/téléphone :
 Aide à domicile Nom/ville/téléphone :
 Portage des repas à domicile Nom/ville/téléphone :
 Autre (téléassistance) Nom/ville/téléphone :

Autres associations : Oui Non

Si oui lesquelles :

MEDECIN TRAITANT

NOM : PRÉNOM :
ADRESSE DU CABINET :
TÉLÉPHONE :
OBSERVATIONS EVENTUELLES (mobilité, traitement...) :

INSCRIPTION PAR UNE AUTRE PERSONNE QUE L'INTÉRESSÉ(E)

Je soussigné(e),

NOM : PRÉNOM :
TÉLÉPHONE : PORTABLE :

Agissant en qualité de (cochez la case correspondante) :

- Représentant légal
 Proche (frère, sœur, enfant, ami, voisin) :(Préciser)
 Médecin traitant
 Services de soins infirmiers à domicile
 Services d'aide à domicile
 Autre :(Préciser)

Je consens à ce que les **données relatives à mon état de santé, à ma prise en charge sanitaire et sociale** soient enregistrées dans le «registre nominatif » des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan d’alerte et d’urgence au profit des personnes âgées et des personnes handicapées en cas de risques exceptionnels.

Je soussigné(e), atteste avoir été informé(e), en qualité de personne vulnérable, parents, tuteur, curatelle, ou autre représentant légal (**barrez les mentions inutiles**) que

- l’inscription au registre nominatif n’est soumise à **aucune obligation** et **chaque renseignement** de ce questionnaire est **facultatif** ;
- les informations recueillies seront transmises à la commune de COZES dans le cadre du plan d’alerte et d’urgence au profit des personnes âgées et des personnes handicapées en cas de risques exceptionnels, dispositif d’alerte ponctuelle à la population fragile;
- cette fiche de renseignements a pour vocation d’aider les services publics mobilisés à me porter assistance en cas de nécessité.
- Je suis informé(e) qu’il m’appartient de signaler au secrétariat de la mairie 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.

Fait à, le

Signature

Toutes les données recueillies par ce formulaire sont facultatives. Elles sont enregistrées dans un fichier informatisé destiné à aider les pouvoirs publics dans la mise en place d’un plan d’alerte et d’urgence au profit des personnes âgées et des personnes handicapées en cas de risques exceptionnels (obligation légale, art. L. 121-6-1 du code de l’action sociale et des familles). Le responsable de ce registre nominatif, mis à jour chaque année est le Maire de COZES. Les destinataires des données recueillies sont le Maire, le secrétariat de la mairie, les élus, les référents de quartiers, ainsi que, sur sa demande, le Préfet. Conformément à la loi n°78-17 « Informatique et Libertés » et au RGPD, vous disposez de droits d’opposition, d’accès, de rectification et de suppression des données qui vous concernent en vous adressant par courrier à Mairie de COZES – 2 route de Saintes – 17120 COZES, par téléphone : 05.46.90.90.97 ou par courriel à contact@cozes.fr Pour toutes questions relatives à la protection de vos données personnelles vous pouvez contacter votre mairie.

FICHE À RETOURNER A LA MAIRIE DE COZES.

Réservé à la Mairie :

Saisie effectuée / Groupe(s) :

Mairie de Cozes – 2 Route de Saintes – 17120 COZES

Tél. : 05.46.90.90.97