



Demande d'inscription au registre nominatif
Article L. 116-3 du Code de l'action sociale et des familles

Plan d'alerte et d'urgence
Plan Canicule et Plan Grand Froid

Cochez la case correspondante

Nom :	Prénom :
Date de naissance : / /	
Vous êtes :	
<input type="checkbox"/> Agé(e) de plus de 65 ans	
<input type="checkbox"/> Personne adulte en situation de handicap	
<input type="checkbox"/> Agé(e) de plus de 60 ans reconnu(e) inapte au travail	
<input type="checkbox"/> Autres - Précisez :	
Adresse :	
Complément d'adresse :	
Téléphone(s) :	
Vous vivez : <input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> En famille	

Bénéficiez-vous :
• d'un service d'aide à domicile : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Nom et téléphone du service d'aide à domicile :
Jours d'intervention :
<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> mercredi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi <input type="checkbox"/> samedi <input type="checkbox"/> dimanche
• d'un service de soins infirmiers : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Nom et téléphone du cabinet infirmier :
Jours d'intervention :
<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> mercredi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi <input type="checkbox"/> samedi <input type="checkbox"/> dimanche
• du portage de repas à domicile : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Jours d'intervention :
<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> mercredi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi <input type="checkbox"/> samedi <input type="checkbox"/> dimanche
• de la téléassistance : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Médecin traitant :
Nom et téléphone :
Avez-vous des visites ou contacts réguliers avec la famille, des voisins, des amis ?
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

NOM et Prénom :

Qualité / lien:

Adresse :

Téléphone :

Possède les clefs du domicile ? oui non

NOM et Prénom :

Qualité / lien:

Adresse :

Téléphone :

Possède les clefs du domicile ? oui non

Si ce bulletin a été rempli à la demande d'une autre personne que l'intéressé(e), veuillez préciser son identité :

Nom :

Qualité / Lien:

Téléphone :

PERIODES D'ABSENCE DU DOMICILE

Du au inclus

Du au inclus

Du au inclus

Votre inscription sur le registre communal des personnes fragiles et isolées vous engage à communiquer à notre service toute absence, toute période de vacances, d'hospitalisation.

En effet, en cas d'Alerte Canicule ou Grand Froid, il est impératif de pouvoir vous joindre. Aussi, en cas de changement de coordonnées (adresse et téléphone), pensez à communiquer au CCAS vos nouvelles coordonnées.

JE SUIS INFORME(E) QUE CETTE INSCRIPTION EST FACULTATIVE ET QUE MA RADIATION PEUT ETRE EFFECTUEE À TOUT MOMENT SUR SIMPLE DEMANDE DE MA PART ;

Capbreton, le Signature

Merci de retourner ce questionnaire complété et signé au :

CCAS de Capbreton

27, allée du Boudigau

40130 CAPBRETON

Téléphone : 05 58 72 70 75

Toutes les données recueillies par ce formulaire sont confidentielles. Elles font l'objet d'un traitement informatique uniquement destiné à aider les pouvoirs publics dans la mise en place d'un dispositif d'alerte ponctuelle au bénéfice de la population fragile déclenché en cas de nécessité. Le responsable de ce registre nominatif est le Maire de Capbreton. Les destinataires des données sont le Maire, les agents des services chargés de la gestion de situation de crise de Capbreton ainsi qu'à sa demande, le Préfet des Landes.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 "Informatique et libertés", vous disposez de droits d'accès, d'opposition, de rectification et de suppression des données qui vous concernent en vous adressant au service supra désigné.