



FICHE D'INSCRIPTION
AU REGISTRE NOMINATIF

PLAN D'ALERTE ET D'URGENCE
AU PROFIT DES PERSONNES ÂGÉES ET DES
PERSONNES HANDICAPÉES

S'inscrire au registre nominatif et renseigner tous les champs du formulaire sont facultatifs. L'inscription permet un service personnalisé, ce qui n'exclut aucune personne de bénéficier des secours.

PLAN DE PRÉVENTION CANICULE
2021

Personne fragile NOM : PRÉNOM : 	Date de naissance : Adresse : Téléphone fixe : Téléphone portable : Courriel :
Responsable légal NOM : PRÉNOM : Qualité de la personne :	Adresse : Téléphone fixe : Téléphone portable : Courriel :
Personne à prévenir en cas d'urgence NOM : PRÉNOM : Qualité de la personne :	Adresse : Téléphone fixe : Téléphone portable : Courriel :
Personne à prévenir en cas d'urgence NOM : PRÉNOM : Qualité de la personne :	Adresse : Téléphone portable : Téléphone fixe : Téléphone professionnel : Courriel :

<p>Périodes d'absences de la personne fragile prévues durant l'activation du plan canicule (Cocher la (les) case(s) correspondante(s) à votre situation. Précisez les dates et les horaires).</p>	<p><input type="checkbox"/> Vacances. Précisez les périodes concernées : <input type="checkbox"/> Du : juin aujuin <input type="checkbox"/> Du : juillet aujuillet <input type="checkbox"/> Du : août auaoût</p> <p>Autres absences (accueil de jour, RDV récurrents...): <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 Horaires : DeH....à.....H....</p>
<p>SANTÉ Coordonnées médecin traitant</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Adresse du cabinet :</p> <p>Téléphone :</p>	<p>Souffrez-vous d'une difficulté d'ordre : <input type="checkbox"/> station debout pénible <input type="checkbox"/> à mobilité réduite <input type="checkbox"/> fauteuil <input type="checkbox"/> canne <input type="checkbox"/> déambulateur <input type="checkbox"/> autre _____</p> <p>Capacité à comprendre : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>OBSERVATIONS PARTICULIERES :</p> <p><input type="checkbox"/> Service d'aide à domicile. Précisez le nom et les coordonnées du service :</p>
<p>Services et personnel médicaux intervenant à votre domicile dans l'année :</p>	<p><input type="checkbox"/> Infirmiers(ères) libéraux (ales). Précisez le nom et les coordonnées :</p>

Je consens à ce que les **données relatives à mon état de santé** 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), M..... atteste avoir été informé(e), en qualité de personne vulnérable, parents, tuteur, curatelle, ou autre représentant légal 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 **CAMON** 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.

Fait à, le

Signature

Toutes les données recueillies par ce formulaire sont facultatives. 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 et l'organisation des secours déclenchés en cas de nécessité. Le responsable de ce registre nominatif, mis à jour chaque année, est le Maire de **CAMON**. Les destinataires des données recueillies sont le Maire, les agents du CCAS de **CAMON** ainsi que, sur sa demande, le Préfet. Conformément à la loi n°78-17 « Informatique et Libertés », vous disposez de droits d'opposition, d'accès, de rectification et de suppression des données qui vous concernent en vous adressant par courrier à **Monsieur le Maire – Place Du Général Leclerc – 80450 CAMON**

Formulaire à retourner à :

CCAS – 26, Place du Général Leclerc 80450 CAMON

OU par mail : camon.ccas@orange.fr 03.22.49.65.72