



FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF

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

BULLETIN D'INSCRIPTION

Bulletin à remplir en **LETTRES MAJUSCULES**, soit :

- Par la personne âgée ou handicapée,
 Par un tiers (représentant légal, intervenant médico-social, entourage, parent, ami)

Et à retourner par courrier au : **CCAS DE LA VILLE DE RONCHIN**
12&13 place du Général de Gaulle
59790 RONCHIN

1- IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

Mr. Mme

NOM : PRENOM(S) :

NE(E) LE :

ADRESSE :

.....

TELEPHONE : SITUATION FAMILIALE : isolé(e) couple famille

Je 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 ou autres.

Je demande mon inscription :

- en qualité de personne âgée de 65 ans et plus
 en qualité de personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail
 en qualité de personne handicapée

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.

2- REFERENCES DU SERVICE MEDICAL OU SOCIAL INTERVENANT A VOTRE DOMICILE OU EN CONTACT AVEC VOUS

Je déclare bénéficiaire de l'intervention :

- d'un service d'aide à domicile

Intitulé du service :

Adresse :

Téléphone :

- d'un service de soins infirmiers à domicile

Intitulé du service :

Adresse :

Téléphone :

du Médecin

NOM : PRENOM :

Adresse : Téléphone :

d'aucun service à domicile

3- PERSONNES DE VOTRE ENTOURAGE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM / Prénom :

Adresse :

Téléphone :

NOM / Prénom :

Adresse :

Téléphone :

4- SI LE BULLETIN EST REMPLI POUR LE BENEFICIAIRE PAR UN TIERS, VEUILLEZ PRECISER VOS COORDONNEES :

Mr. Mme

NOM : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Agissant en qualité de :

Représentant légal

Service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile

Médecin traitant

Autre : (merci de préciser)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande.

Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler au CCAS 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 obligatoire

Les informations communiquées ont pour seul objet le plan d'alerte et d'urgence départemental. Elles restent confidentielles et sont destinées exclusivement à l'usage du Centre Communal d'Action Sociale de la ville de RONCHIN, responsable de leur traitement. Elles seront traitées en conformité avec la loi du 06/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.