

**FICHE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF**

Recensement des personnes âgées et handicapées isolées à domicile

**Ce questionnaire doit être complété avec l'accord de la personne concernée \***

**BÉNÉFICIAIRE**

Madame

Monsieur

Nom : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Numéro de téléphone : .....

Adresse mail : .....

**SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE**

Vous vivez : Seul(e)  En couple

Vous êtes entouré(e) (*famille, amis, voisins*) : Oui  Non

Vous vous déplacez : Facilement  Difficilement

Vous bénéficiez d'un système de téléalarme : Oui  (à préciser) ..... Non

Vous bénéficiez de :

**Service d'aide à domicile**

Nom de l'organisme : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

**Service d'un(e) assistant(e) social(e)**

Nom-Prénom: .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

**Service de soins infirmiers à domicile**

Nom-Prénom: .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

**Autre service à domicile**  .....

Nom de l'organisme : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

**Service de portage de repas**

**MÉDECIN TRAITANT DU BÉNÉFICIAIRE**

Nom – Prénom .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

---

## PERSONNE(S) À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

---

**Référent 1** : Nom –Prénom :.....

Lien de parenté :    Enfant        Frère/sœur     Neveu/Nièce        Cousin(e)    Autre  :.....

Adresse :.....Téléphone :.....

Mail :.....

**Référent 2** : Nom –Prénom :.....

Lien de parenté :    Enfant        Frère/sœur     Neveu/Nièce        Cousin(e)    Autre  :.....

Adresse :.....Téléphone :.....

Mail :.....

---

## DEMANDE D'INSCRIPTION

---

Par un tiers :

Par le bénéficiaire lui-même :

Nom-Prénom :.....

Adresse :.....

.....

Téléphone :.....

**J'atteste sur l'honneur faire cette démarche en l'accord avec la personne concernée. \***

***Je sollicite mon inscription sur le registre des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgences consécutifs au plan canicule de stade 3.***

En qualité de personnes âgées de 65 ans et plus

En qualité de personnes âgées de plus de 60 ans, reconnue inaptes au travail

En qualité de personnes handicapées

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.

J'ai pris connaissance que l'inscription au registre nominatif n'ouvre droit à aucune prestation nouvelle de quelque type que ce soit.

**J'accepte que mes données soient collectées par le CCAS de Saint-Gervais pour l'inscription au registre nominatif des personnes âgées et handicapées isolées à domicile.** Elles seront conservées pendant une durée indéterminée. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données et la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2018 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification, opposition ou suppression des informations la concernant, en s'adressant au CCAS de Saint-Gervais (66 rue de Villebon - [mairie@saintgervais-vendee.fr](mailto:mairie@saintgervais-vendee.fr) ou 02.51.68.73.14). Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

---

**SIGNATURE du bénéficiaire ou de la personne ayant fait l'inscription**

A.....Le.....,

---

**INSCRIPTION À RETOURNER AU C.C.A.S de SAINT-GERVAIS**

**66, rue de Villebon**

**85230 SAINT-GERVAIS**