



## 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

Je soussigné(e),

NOM : ..... NOM DE NAISSANCE : .....

PRÉNOMS : ..... DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

ADRESSE : ..... 53200 CHEMAZÉ

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 ...)*** :

- En qualité de personne âgée de 65 ans et plus résidant à domicile
- En qualité de personne âgée de plus de 60 ans reconnue inapte au travail et résidant à domicile
- En qualité de personne adulte handicapée résidant à domicile

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

### 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    Nom/ville/téléphone : .....

Autres associations :                     Oui     Non

Si oui lesquelles : .....

### 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.) : .....

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

Je soussigné(e),

NOM : ..... PRÉNOM : .....

TÉLÉPHONE : ..... PORTABLE : .....

Agissant en qualité de :

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

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

***Je suis informé(e) que cette inscription n'est soumise à aucune obligation et chaque renseignement de ce questionnaire est facultatif.***

*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 Chemazé. Les destinataires des données recueillies sont le Maire, le secrétariat de la mairie, 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 Chemazé – Place de la Mairie – 53200 CHEMAZÉ ou par courriel à [chemaze@chateaugontier.fr](mailto:chemaze@chateaugontier.fr). Pour toutes questions relatives à la protection de vos données personnelles vous pouvez contacter votre mairie.

**FICHE À RETOURNER EN MAIRIE DE CHEMAZÉ**