



DEMANDE D'INSCRIPTION

Registre des personnes vulnérables et isolées

Centre Communal d'Action Sociale

L'inscription des personnes isolées les plus vulnérables (personnes âgées, personnes adultes handicapées), domiciliées sur la commune de Gonfreville l'Orcher est souhaitable, afin de pouvoir leur apporter conseils et assistance en cas d'événements exceptionnels (canicule, grand froid, épidémies...).

Pour vous même ou l'un de vos proches, vous pouvez contribuer à ce geste de prévention et de solidarité citoyenne en complétant ce document.

Document confidentiel

A remplir soit :

Par la personne âgée ou la personne
handicapée.
Par son représentant légal.
Par un parent ou un proche

Puis à adresser au :

Centre Communal d'Action Sociale
Place Jean Jaurès
76700 Gonfreville L'Orcher

PERSONNE CONCERNÉE :

Nom : **Prénom :**

Né-e- le : __ / __ / __ __ **à (ville) :**

Téléphone fixe : __ / __ / __ / __ / __ **Portable :** __ / __ / __ / __ / __

Adresse :

Situation de famille : isolé.e couple en famille

Enfants-s- : oui non **Si oui :** à proximité éloigné

En qualité de :

- personne âgée de plus de 60 ans
 personne adulte handicapée

PERSONNES DE MON ENTOURAGE A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE :

Priorité 1

Qualité (enfant, parent, voisin ...) :

Nom / prénom.s :

Tél. fixe : __ / __ / __ / __ / __ portable : __ / __ / __ / __ / __

Priorité 2

Qualité (enfant, parent, voisin ...) :

Nom / prénom.s :

Tél. fixe : __ / __ / __ / __ / __ portable : __ / __ / __ / __ / __

JE DÉCLARE BÉNÉFICIER DE L'INTERVENTION DE :

<input type="checkbox"/> Service de portage de repas : Intitulé du service : Adresse : Tél. : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _	<input type="checkbox"/> Service d'aide à domicile Intitulé du service : Adresse : Tél. : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _
<input type="checkbox"/> Service de soins infirmiers à domicile Intitulé du service : Adresse : Tél. : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _	<input type="checkbox"/> Autre service Intitulé du service : Adresse : Tél. : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _
<input type="checkbox"/> Aucun service à domicile	

COORDONNÉES MÉDECIN TRAITANT :

Nom :

Adresse :

Code postale : Ville :

N° de Tél. : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

- J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande.**
- Je suis informé.e qu'il m'appartient de signaler aux services concernés toute modification concernant ces informations, afin de mettre à jour les données permettant de me contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.**
- J'autorise le CCAS à se présenter à mon domicile**
- J'autorise la diffusion de mes coordonnées pour les agents dédiés aux appels téléphoniques**

Fait à :, le _ _ / _ _ / 20 _ _

Signature obligatoire

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de la ville de Gonfreville l'Orcher pour l'inscription sur la liste des personnes vulnérables.

Elles sont conservées pendant deux ans et sont destinées au CCAS.

Ces données sont conservées de façon confidentielle, sans aucune transmissions à des tiers.

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 et vous adressant à la mairie de Gonfreville l'Orcher- Centre Communal d'Action Sociale-Place Jean Jaurès-76700 Gonfreville l'Orcher.