

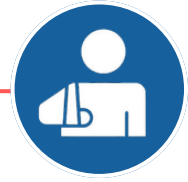
**Si vous vous sentez isolés à votre domicile et que vous remplissez l'une des conditions suivantes :**



**Vous souffrez d'une maladie invalidante ou êtes en situation de handicap**



**Vous êtes une personne âgée isolée de plus de 60 ans**



**Vous avez été victime d'un accident vous empêchant d'être autonome dans les gestes de la vie quotidienne**

**Inscrivez-vous sur la liste des « personnes vulnérables »**

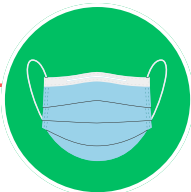
**En cas d'évènement climatique ou de danger grave, vous serez contactés en priorité par les services de la Ville et du CCAS**



**Canicule**



**Grand froid**



**Épidémie**



**Danger**



**Inondation**

**Remplissez les informations au verso**

**Formulaire à déposer en Mairie, mairies annexes ou auprès du CCAS (Pôle santé)**

# Formulaire d'inscription

## Votre situation

- Personne en situation de handicap ou souffrant d'une maladie invalidante
- Personne âgée de + plus de 60 ans vivant seule à domicile
- Vous avez été victime d'un accident vous empêchant d'être autonome dans les gestes de la vie quotidienne

## Informations personnelles

Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :	/ /
Adresse :	
Téléphone :	
Email :	

Vous vivez seule à domicile :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous un animal de compagnie :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, précisez :	

## Informations complémentaires

<b>Utilisez-vous du matériel médical au quotidien ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Si oui, lequel :</b> <input type="checkbox"/> appareil respiratoire : <input type="checkbox"/> nuit uniquement / <input type="checkbox"/> toute la journée	
<input type="checkbox"/> fauteuil roulant <input type="checkbox"/> autre (à préciser) : _____	
<b>Disposez-vous d'un service de téléassistance?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Si oui, avec quelle société (Mondial Assistance, Adéo, etc.) :</b>	
<b>Un service de soins vient-il à domicile (infirmier) ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Si oui, nom du cabinet si possible :</b>	
<b>Si oui, combien de fois vient-il à domicile :</b> <input type="checkbox"/> 1 à plusieurs fois par jour <input type="checkbox"/> 1 à 2 fois par semaine	
<b>Êtes-vous bénéficiaire d'un portage de repas à domicile ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Si oui, combien de fois par semaine ?</b>  <b>Nom de la Société :</b>	
<b>Disposez-vous d'un médecin traitant ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Si oui, communiquez ses coordonnées :</b>	

## Personne à joindre en cas de besoin

Nom :	
Adresse :	
Tél fixe :	
Tél portable :	
Email :	

J'autorise le CCAS à utiliser mes coordonnées dans les conditions définies par le présent document.

Le CCAS de Gonfreville l'Orcher est tenu au secret professionnel.

Les données communiquées dans le présent document sont utilisées uniquement dans le cadre de l'activité du CCAS portant sur l'accompagnement des publics fragiles.

Aucune information personnelle fournie dans le présent document n'est communiquée, échangée, transférée, cédée ou vendue sur un support quelconque à des tiers.

Conformément à la réglementation européenne en vigueur, vous pouvez demander la rectification ou la suppression de vos données auprès du CCAS de Gonfreville l'Orcher, par écrit, à l'adresse suivante :

**Centre Communal d'Action Sociale de Gonfreville l'Orcher**

Place Jean Jaurès

76700 GONFREVILLE L'ORCHER

Date : \_\_\_\_\_

Signature :