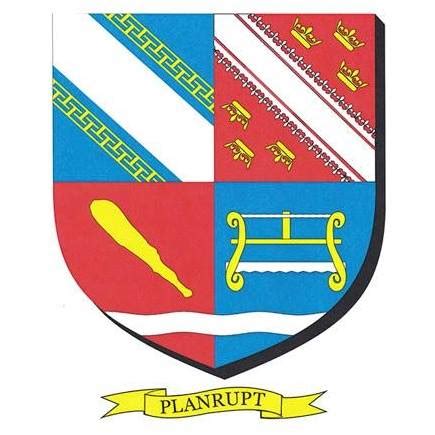
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Département de la Haute-Marne

COMMUNE DE PLANRUPT



**FORMULAIRE DE DEMANDE D’INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF**

**DES PERSONNES FRAGILES ET ISOLÉES**

*Prévu à l’article L.121-6-1 du code de l’action sociale et des familles*

**1 - IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE**

□ Monsieur □ Madame

NOM : …………………………………………….…………………….. Prénom (s) : ……………………………….…………………………………………………………….

Né(e) le : ………………………………………………………….

Adresse : ……………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………….

Téléphone fixe : …………………………………………………… Téléphone portable : …………………………………………………………………………………

Situation familiale : □ isolé(e) □ en couple □ en 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 sanitaires.**

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 - RÉFÉRENCES DU SERVIE MÉDICAL OU SOCIAL INTERVENANT À VOTRE DOMICILE OU EN CONTACT AVEC VOUS**

Je déclare bénéficier de l’intervention :

□ d’un service d’aide à domicile (portage de repas/aide ménagère/auxiliaire de vie)

Intitulé du service : ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Téléphone : ………………………………………………………………………………….

Jours et horaires d’intervention : ………………………………………………………………………………………………………………….

□ d’un service de soins infirmiers à domicile

Intitulé du service : ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Téléphone : ………………………………………………………………………………….

Jours et horaires d’intervention : ………………………………………………………………………………………………………………….

□ d’un Médecin

NOM/Prénom : ………………………………………………………………………………………………………………………..…………………..

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Téléphone : ………………………………………………………………………………….

□ d’un service social du département :

□ oui (préciser le nom de la personne qui vous suit) : …………………………………………………………………….

□ non

□ d’aucun service en particulier

**3 – PERSONNES DE VOTRE ENTOURAGE À PRÉVENIR EN CAS D’URGENCE**

🞋 Nom/Prénom : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Téléphone : ………………………………………………………………………………….

🞋 Nom/Prénom : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Téléphone : ………………………………………………………………………………….

**4 – SI LE BULLETIN EST REMPLI POUR LE BÉNÉFICIAIRE PAR UN TIERS, VEUILLEZ PRÉCISER VOS COORDONNÉES :**

□ Monsieur □ Madame

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 à 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 d’urgence.

Fait à …………………………………………………………, le ……………………………………………

Signature obligatoire :

Votre inscription sur le registre nominatif communal permettra, en cas de déclenchement du plan d’alerte et d’urgence départemental, consécutif à une situation de risques exceptionnels, climatiques ou sanitaires, de vous apporter les conseils et l’assistance dont vous pourriez avoir besoin.

Cette inscription est facultative. Votre radiation du registre communal peut être effectuée à tout moment sur simple demande écrite de votre part

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 de la Mairie de PLANRUPT, responsable de leur traitement. Elles seront traitées en conformité avec la loi n°78-17 du 06/01/1978 et au RGPD (Règlement Général de la Protection des Données) relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés.

☞ un accusé de réception vous sera adressé dès l’enregistrement de votre demande