 Registre des personnes vulnérables

**FORMULAIRE D’INSCRIPTION**

* **PERSONNE CONCERNÉE PAR LA DEMANDE** *(UN FORMULAIRE PAR PERSONNE)* **:**

Je soussigné(e) Mme/ Mlle / M. (Rayer les mentions inutiles)

NOM : ………………………………………………………. PRÉNOMS : …………………………………………………………………..…………………………………

agissant en mon nom

 en qualité de (Cocher la case correspondante)

* représentant légal  service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile
* médecin traitant autre (préciser) …………………………………………………………………………..

sollicite mon / l'inscription(avec accord du bénéficiaire) 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 autres,

de :

NOM :……………………………………………………….PRÉNOMS……………………………………………………………….…………………………………………

NÉ(E) LE : ……………………………………………………… à ……………………………………………………………...………………………………………..…………

ADRESSE : ……………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………….……….……

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………..…. TÉLÉPHONE :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

COURRIEL : ……………………………………………………..…………………………@………………………………………………………………..……………………

SITUATION FAMILIALE : en couple □ En famille □ Isolé(e) □

* **L’INSCRIPTION EST DEMANDÉE AU TITRE DE :**
* Personne de 65 ans et plus
* Personne en situation de handicap
* Personne en situation d’isolement
* **INTERVENTIONS DONT BENEFICIE LA PERSONNE**
* Service d'aide à domicile

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

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

Téléphone :.................................................................................................................................................................

Courriel :........................................................................... @......................................................................................

* Service de soins infirmiers à domicile

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

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

Téléphone :......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Courriel :……………………………………………………………………….… @………………………………………………………………………………

* Téléassistance
* Autre service

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

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

Courriel :......................................................................@...........................................................................................

* Aucun service à domicile
* **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA SANTE ET LA MOBILITE :**
* Problème de mobilité (fauteuil, déambulateur…). Précisez : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………….…
* Problème de compréhension (surdité, altération neurologique…) Précisez :…………………………………………………………………………………………………………………………….….....

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Problèmes médicaux. Précisez : ……………………………………………………..………………………………………………………………………………….………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………….…

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

* **PERSONNE 1 À PRÉVENIR EN CAS D’URGENCE :**

NOM/Prénoms …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………….………………………………………….………………………

ADRESSE……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………….……………………………….…………………………………….………………………

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

TELEPHONE PORTABLE ET FIXE:………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………

COURRIEL : …………………………………………………………………………………………………@………….……………………………………………………………………..…………………………

* **PERSONNE 2 À PRÉVENIR EN CAS D’URGENCE :**

NOM/Prénoms ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……..…………..…

ADRESSE………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………..………….….…

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

TELEPHONE :………………………………………………………………………………………………………….…………………..…………………………….…………………

COURRIEL : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……..…………………………………………..

* J’autorise Mme/Mlle/M…………………………………………….………….. à déposer cette demande en mon nom.
* J’atteste avoir recueilli le consentement explicite et univoque des personnes de mon entourage à prévenir en cas d’urgence.
* Je suis informée que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de ma part.
* Je suis informé(e) qu’il m’appartient de signaler aux services municipaux toutes modifications 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.
* J’atteste sur l’honneur l’exactitude des informations communiquées dans la présente demande.
* **SI VOUS DEMANDEZ L’INSCRIPTION EN QUALITÉ DE TIERCE PERSONNE**

NOM/Prénoms ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………….……

ADRESSE…………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…..………

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

TELEPHONE :………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………..………………

COURRIEL : ……………………………………………………………………………………………………………………….……@…………………………………………………………………..…………………………………………………………

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

Signature du bénéficiaire ou de son tuteur Signature du demandeur (si différent du bénéficiaire)



Registre communal des personnes vulnérables

1. **OBJET DU REGISTRE COMMUNAL DES PERSONNES VULNÉRABLES**

Le registre communal des personnes vulnérables est un dispositif géré par La Mairie de Préserville afin d’assurer, sur le territoire de la commune, le suivi et l’accompagnement des personnes isolées ou fragilisées par l’âge ou le handicap pour permettre l'intervention ciblée des services sanitaires et sociaux en cas d'activation d'un plan d'alerte et d'urgence.

L’inscription au registre est **volontaire**. Elle peut émaner de la personne qui souhaite s’inscrire au registre, de son représentant légal ou d’un tiers, à condition pour ce dernier qu’il soit spécialement mandaté par la personne concernée par l’inscription.

La radiation du registre est également volontaire et peut être demandée à tout moment. Les données ou informations

précédemment collectées sont alors supprimées.

1. **DROITS DES PERSONNES INSCRITES AU REGISTRE**

Conformément aux dispositions des articles 15 à 23 du

Règlement Européen sur la Protection des Données et de la

législation nationale en vigueur, vous disposez, en votre qualité de personne inscrite au registre, de droits qui vous permettent de garder un contrôle sur les données personnelles que vous avez transmises.

Ainsi, vous pourrez vous prévaloir d’un droit d’accès, de

modification, de rectification, de suppression, de portabilité des données personnelles vous concernant mais également de restreindre voire de s’opposer au traitement de ces dernières.

L’exercice de ces droits se matérialise par l’envoi d’un courrier, accompagné d’une copie d’une pièce d’identité, à :

Madame le Maire - Mairie de Préserville - 2 place de l’église - 31570 PRESERVILLE

La CNIL, est l’autorité de contrôle compétente dans le domaine de la protection des données à caractère personnel. Pour plus d’informations, vous pouvez consulter le site Internet *www.cnil.fr/fr/les-registres-communaux-dalerte-et-de-protection-des-populations-en-cas-de-crise-exceptionnelle*

1. **DEVOIRS DES PERSONNES INSCRITES AU REGISTRE**

Outre les droits précédemment cités, l’inscription au registre des personnes vulnérables vous confère des devoirs qu’il convient de respecter afin d’assurer l’efficacité du dispositif. Votre collaboration est essentielle. Pour cela, vous êtes tenu, comme l’indique l’article R. 121-5 du Code de l’Action Sociale et des Familles, d’informer le plus rapidement possible les services de la Mairie de tout changement de résidence, d’adresse mail ou de coordonnées téléphoniques.

Toute information relative à un changement de commune de résidence ou à un placement dans un établissement

d’hébergement de la commune est synonyme de radiation du registre communal des personnes vulnérables.

1. **INFORMATIONS SUR LA PROCÉDURE**

Le Maire accuse réception de toutes vos demandes ou sol- licitations (demande d’inscription, demande d’exercice d’un droit, information de changement de résidence, demande de radiation, …) par l’envoi d’un courrier écrit ou d’un courriel dans lequel il vous est présenté l’état des différentes données ou informations dont disposent les services du CCAS vous concernant. Sur cette base, il vous est également demander de faire opposition, dans un délai de huit jours. Au-delà de ce délai, les données ou informations présentées sont confirmées.

