



FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF
Prévu à l'article L. 121-6-1 du code de l'action sociale et des familles

BULLETIN D'INSCRIPTION 2022

Bulletin à remplir en LETTRES MAJUSCULES, soit :

- Par la personne âgée ou handicapée,
- Par un tiers (représentant légal, intervenant médico-social, entourage, parent, ami)

Et à retourner par courrier au: CCAS DE LA VILLE DE LOUVRES, 84 rue de Paris 95380 LOUVRES

1- IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE

M. Mme Mlle NOM : PRÉNOM(S) :

NÉ(E) LE : \..... \..... à.....

ADRESSE:.....

TÉLÉPHONE :SITUATION FAMILIALE: isolé(e) 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 autres.

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 SERVICE MÉDICAL OU SOCIAL INTERVENANT A VOTRE DOMICILE OU EN CONTACT AVEC VOUS

Je déclare bénéficier de l'intervention :

- d'un service d'aide à domicile

Intitulé du service :

Adresse:

Téléphone :

- d'un service de soins infirmiers à domicile

Intitulé du service :

Adresse:.....

Téléphone :

- d'un autre service

Intitulé du service :

Adresse :

Téléphone :

- d'aucun service à domicile

3- PERSONNES DE VOTRE ENTOURAGE A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM / Prénom(s) :
Adresse :
Téléphone :

NOM / Prénom(s) :
Adresse :
Téléphone :

4- MENTION DE VOS PÉRIODES D'ABSENCE ENTRE JUIN ET SEPTEMBRE 2021

IMPORTANT - veuillez préciser les dates de vos absences prévues entre le 1er juin et le 15 septembre 2021 [si ces dates changent, nous vous remercions de nous le signaler en appelant le CCAS - (01.74.56.50.01) :

Absences en juin :

Absences en juillet :

Absences en août :

5- SI LE BULLETIN EST REMPLI POUR LE BÉNÉFICIAIRE PAR UN TIERS, VEUILLEZ PRÉCISER VOS COORDONNÉES :

M. Mme Mlle
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 le 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 au CCAS 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 obligatoire

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 du Centre Communal d'Action Sociale de la Ville de Louvres, responsable de leur traitement. Elles seront traitées en conformité avec la loi du 06/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.