

**Veille Sociale et Sanitaire**  
**NOTICE D'INFORMATION**  
**et**  
**DEMANDE D'INSCRIPTION**

**Vous êtes retraité(e), vous avez plus de 65 ans,  
vous êtes isolé(e) ou en situation de handicap,**

**Vous souhaitez être contacté(e) en cas  
de plan d'alerte ou d'urgence**

**L'inscription dans un registre confidentiel des personnes isolées les plus vulnérables domiciliées sur la commune de Crest est souhaitable afin de pouvoir apporter conseils et assistance en cas d'événements exceptionnels (canicule, grands froids, épidémies...).**

**Pour vous-même ou l'un de vos proches, vous pouvez contribuer à ce geste de prévention et de solidarité citoyenne en complétant le document ci-joint et en le retournant dès que possible au :**

**CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE**

**Quai Bérengier de la Blache**

**26400 CREST**

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES HANDICAPEES AYANT DEMANDE LEUR RECENSEMENT DANS LE CADRE DU PLAN D'ALERTE ET D'URGENCE DEPARTEMENTAL EN CAS DE RISQUES EXCEPTIONNELS**

*prévu à l'article L.121-6-1 du Code de l'action sociale et des familles*

Les renseignements fournis sont confidentiels et ne seront transmis qu'au Préfet et aux personnes désignées pour assurer assistance et solidarité, lors d'un éventuel déclenchement du « Plan d'alerte et d'urgence départemental » ou du « Plan communal de sauvegarde ».

**Informations obligatoires :**

MADAME  NOM ..... Prénom ..... Nom de jeune fille ..... Date de naissance .....	MONSIEUR  NOM ..... Prénom .....  Date de naissance .....
L'inscription est demandée au titre :	
<input type="checkbox"/> de personne en situation de handicap	
<input type="checkbox"/> de personne âgée	
Adresse précise : .....	
Bâtiment : ..... Entrée : ..... Étage : .....	
Type de logement :	
<input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Collectif <input type="checkbox"/> Collectif avec gardien	
Téléphone fixe .....                      Téléphone portable .....	

**Prestations à domicile dont bénéficie la personne :**

Prestations	OUI/NON	Coordonnées (Nom, adresse, téléphone)	Jours et heures d'intervention
Portage de repas			
Aide-ménagère			
Télé-alarme			
Soins à domicile (SSIAD ou infirmière)			
Autre : Précisez			

Nom et coordonnées du médecin traitant .....

Autres informations que vous souhaitez nous communiquer .....

Fréquentation de clubs ou autres structures activités (précisez les jours et horaires) .....

Situation de famille : Vous vivez

Seul(e)     En couple     En famille     Autre (précisez) .....

**Personnes à prévenir :**

	Priorité 1	Priorité 2	Priorité 3
NOM			
Prénom			
Qualité (enfant, parent, voisin, ami...)			
Tel domicile			
Tel portable			
Adresse précise			

Bulletin rempli par :

L'intéressé(e)     Autre (précisez) Nom : .....  
Téléphone : .....  
Lien avec la personne concernée : .....

Mentions légales :

*J'autorise le CCAS à intégrer les informations de ce document au fichier des personnes à contacter.*

*L'intéressé(e) peut consulter et modifier ces données en s'adressant au CCAS.*

*La radiation du registre peut être réalisée à la demande de l'intéressé(e) ou en cas de départ définitif de la commune.*

**Date de la demande**

**Signature**

*Les informations portées sur ce formulaire sont facultatives. Elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné à constituer le registre de veille sociale et sanitaire. Les destinataires des données sont les agents du pôle Solidarité du CCAS et le Préfet.*

*Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au pôle Solidarité du CCAS.*

*Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.*