



**FORMULAIRE D'INSCRIPTION
REGISTRE COMMUNAL DES PERSONNES VULNÉRABLES**

Article L. 121-6-1 du code de l'action sociale et des familles

Afin de favoriser l'intervention des services sociaux et sanitaires, les maires recueillent les éléments relatifs à l'identité, à l'âge et au domicile des personnes âgées et des personnes handicapées qui en ont fait la demande. Ces données sont notamment utilisées par les services susmentionnés pour organiser un contact périodique avec les personnes répertoriées lorsque le plan d'alerte et d'urgence est mis en œuvre. Les maires peuvent également procéder à ce recueil à la demande d'un tiers à la condition que la personne concernée, ou son représentant légal, ne s'y soit pas opposée.

1- IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE

M. Mme Mlle
NOM : PRÉNOM(S) :
NÉ(E) LE : \..... \..... à
ADRESSE:.....
.....
TÉLÉPHONE :

CONDITIONS DE VIE :
 vit seul(e) en couple en famille
Si vit seul(e) : Famille/entourage à proximité isolé(e)

Je sollicite mon inscription sur le registre communal des personnes vulnérables et j'accepte d'être contacté(e) en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence consécutif à une situation de risques exceptionnels, climatiques ou autres. Je m'engage à transmettre au CCAS les périodes durant lesquelles je ne serai pas joignable.

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 DES PROFESSIONNELS MEDICO-SOCIAUX

Médecin Traitant :
Nom :
Téléphone :

Je déclare bénéficiaire de l'intervention:
 d'un service d'aide à domicile ou de portage de repas
Fréquence des interventions :.....
Nom du service:
Adresse:
Téléphone:

d'un cabinet infirmier ou d'un service de soins infirmiers à domicile
Nom du service ou du professionnel:
Fréquence des interventions :.....
Adresse:.....
Téléphone:

d'aucun service à domicile



3- PERSONNES RESSOURCES EN CAS D'URGENCE

① NOM / Prénom(s) :

Lien avec le bénéficiaire :

Adresse :

Téléphone :

② NOM / Prénom(s) :

Lien avec le bénéficiaire :

Adresse :

Téléphone :

4- SI LE BULLETIN EST REMPLI PAR UN TIERS

Identité de la personne formulant la demande :

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 préciser)

**Déclare avoir recueilli l'accord de M/Mme/Mlle.....
pour l'inscription au registre communal des personnes vulnérables.**

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

**FORMULAIRE A ENVOYER OU A REMETTRE AU :
CCAS DE BRON, MAIRIE DE BRON
CSN 30012, PLACE DE WEINGARTEN
69671 BRON CEDEX
ccas-secretariat-pa@ville-bron.fr**

Les données recueillies ont pour seul objet le plan d'alerte et d'urgence départemental. Ces données nominatives ne peuvent être consultées que par les agents chargés de la mise en œuvre de ce recueil et du plan d'alerte et d'urgence. Ces données seront traitées en conformité avec la loi du 06/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.