



**Formulaire d'inscription
au registre des personnes vulnérables
Prévention Canicule
Prévention Grand froid**

Madame, Monsieur,

Si vous avez plus de 65 ans ou êtes en situation de handicap, je vous remercie de bien vouloir vous inscrire sur le registre communal institué dans le cadre du Plan Canicule ou de celui du Grand froid. Cette démarche peut également être réalisée pour vous, par un proche.

Nous ne souhaitons que votre bien être.

Restant à votre disposition,

Bien à vous

Yves BOUCHER,
Président du CCAS et Maire de Brain-sur-Allonnes

Personne demandant l'inscription :

- ☐ La personne elle-même
- ☐ Un parent* (précisez le lien de parenté) :
- ☐ Un professionnel* :
- ☐ Autre * (précisez la qualité)

*Indiquez leurs coordonnées postales et téléphoniques :

.....
.....

L'inscription est demandée au titre :

- ☐ De personne porteuse d'un handicap reconnu par la Maison Départementale de l'Autonomie
- ☐ De personne âgée de plus de 65 ans

PERSONNE 1

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse complète :

.....

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Mode de déplacement dans le domicile :

☐ seul ☐ canne ☐ déambulateur ☐ fauteuil roulant ☐ immobilisation

PERSONNE 2

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse complète :

.....

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Mode de déplacement dans le domicile :

☐ seul ☐ canne ☐ déambulateur ☐ fauteuil roulant ☐ immobilisation

Vivez-vous seul (e) :

☐ Oui

☐ Non

Si non, qui vit avec vous ? :

.....

Coordonnées des personnes à prévenir en cas d'urgence (précisez la nature du lien) :

Priorité 1 :

Nom :

Prénom :

Lien :

Adresse complète :

.....

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Priorité 2 :

Nom :

Prénom :

Lien :

Adresse complète :

.....

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Disposez-vous de prestations à domicile :

☐ Oui

☐ Non

Lesquelles ?

☐ Aide à domicile

☐ Portage de repas

- ☐ Téléalarme
- ☐ Infirmière ou Soins à domicile (SSIAD)

Coordonnées de la personne intervenant régulièrement à domicile :

Nom :

Prénom :

Adresse complète :

.....

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Jours et horaires d'intervention :

.....

Possède-t-elle les clés de chez vous ?

☐ Oui

☐ Non

Médecin traitant :

Nom :

Prénom :

Adresse complète :

.....

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Informations destinées à améliorer la réponse en cas de canicule ou de grand froid :

J'ai de la visite de :

☐ la famille

Fréquence :

☐ d'amis ou de voisins

Fréquence :

Je (Nous) serai (serons) seul (e) (s) et sans visite : duau

.....

Je (Nous) serai (serons) absent (e) (s) de mon domicile : duau

.....

Si aucune absence n'est prévue à ce jour, pour tout changement à venir, veuillez en informer le secrétariat du CCAS au 02 41 52 03 28.

☐ **J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans le présent formulaire.**

☐ **En cas de modification de ces informations, je m'engage à contacter le CCAS afin de les mettre à jour.**

☐ **J'autorise le CCAS de la commune de Brain-sur-Allonnes à traiter mes données à caractère personnel et à les intégrer au registre communal des personnes à contacter selon les conditions détaillées en fin de document dans la rubrique intitulée « Protection des données personnelles ».**

Date et signature

(L'inscription sur le registre est valable pour un an à compter de la signature par l'intéressé(e))

Protection des données personnelles : Les informations recueillies par le biais de ce formulaire est nécessaire afin d'aider les pouvoirs publics lors de situations exceptionnelles (canicule, grand froid, épidémies ...) pour mettre en place un dispositif d'alerte et de secours sur le territoire de la commune au bénéfice des personnes isolées ou fragilisées par l'âge ou le handicap et selon des dispositions du Code de l'Action Sociale et des Familles dans le cadre de la tenue du registre communal.

En cas de refus de communication de ces données, le demandeur ne pourra pas être inscrit dans le registre communal.

Le traitement des données est basé sur le consentement des personnes concernées.

L'inscription au registre étant 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 écrit, par la personne concernée par l'inscription.

Le responsable de ce registre, mis à jour chaque année, est le Maire de Brain-sur-Allonnes. Il est strictement confidentiel et les données qui y figurent sont destinées exclusivement à l'usage du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de la commune de Brain-sur-Allonnes, qui a la charge de leur traitement afin d'adapter l'assistance à apporter aux personnes inscrites. Il ne peut être communiqué qu'au Préfet à sa demande.

L'ensemble des données seront conservées pendant 1 an. Au-delà, les données traitées par le CCAS feront l'objet d'un processus d'archivage et/ou de destruction réglementaire.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de suppression, de limitation, à l'oubli, à la portabilité de vos données et vous avez, également, la possibilité de retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données pour les finalités mentionnées ci-dessus. Pour exercer ces droits, ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter la mairie de Brain-sur-Allonnes 1 place de la Mairie 49650 BRAIN-SUR-ALLONNES – 02 41 52 03 28 – mairie@brain-sur-allonnes.fr, ou, notre délégué à la Protection des Données (DPO) : dpo@ecollectivites.fr.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés par voie postale : CNIL – Service des Plaintes - 3, Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07), ou en ligne : www.cnil.fr/fr/plaintes.