



# PLAN DÉPARTEMENTAL D'ALERTE ET D'URGENCE

## FORMULAIRE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF

(prévu à l'article L.121-6-1 du code de l'action sociale et des familles)

• **Formulaire à :**

- remplir en **LETTRES MAJUSCULES**, soit :
  - ✓ Par la personne âgée, handicapée ou invalide,
  - ✓ Par un tiers (représentant légal, intervenant médico-social, entourage, parent, ami)
- déposer à l'accueil de la mairie ou directement au CCAS (sous pli fermé)
- envoyer : Mairie de Lesquin CS20425 59814 LESQUIN CEDEX

### 1 – IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE

Mr     Mme

NOM : ..... PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

TÉL. DOMICILE : ..... TÉL. MOBILE : .....

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

Situation de famille :

Seul(e)     Couple

**Je sollicite mon inscription sur le registre nominatif des personnes à contacter dans le cadre du plan départemental d'alerte et d'urgence et accepte l'exploitation des données en cas de déclenchement consécutif à une situation de risques exceptionnels, climatiques ou autres.**

**Je demande mon inscription :**

- en qualité de personne(s) âgée(s) de 65 ans et plus
- en qualité de personne(s) âgée(s) de plus de 60 ans, reconnue(s) inapte(s) au travail
- en qualité de personne adulte handicapée

**Je suis informé(e) que cette inscription sur le registre nominatif est facultative et que sa radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de ma part.**

### 2 – SI LE BULLETIN EST REMPLI POUR LE BÉNÉFICIAIRE PAR UN TIERS, PRÉCISER VOS COORDONNÉES (CONTRÔLE DE VALIDITÉ DE LA DÉCLARATION – DONNÉS NON ENREGISTRÉES)

Mr     Mme

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TÉL. DOMICILE : ..... TÉL. MOBILE : .....

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

Agissant en qualité de :

Représentant légal     Service d'aide à domicile     Service de soins infirmiers à domicile     Médecin traitant

Autre (merci de préciser) : .....

**3 – RÉFÉRENCE(S) DU SERVICE SOCIAL OU MÉDICAL INTERVENANT À VOTRE DOMICILE EN CONTACT AVEC VOUS SACHANT QUE LES INFORMATIONS SONT CONSIGNÉES SUR LE REGISTRE NOMINATIF**

Je déclare bénéficiaire de l'intervention :

d'un service d'aide à domicile :

Intitulé du service : .....

Adresse : .....

Tél. ....

d'un service de soins infirmiers à domicile :

Intitulé du service : .....

Adresse : .....

Tél. ....

du Médecin :

Nom / Prénom : : .....

Adresse : .....

Tél. ....

**4 – PERSONNE DE VOTRE ENTOURAGE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE SACHANT QUE LES INFORMATIONS FIGURENT SUR LE REGISTRE NOMINATIF**

Mr     Mme

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TÉL DOMICILE : ..... TÉL MOBILE : .....

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

***J' atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande et avoir obtenu l'accord des personnes dont les noms et les coordonnées sont indiqués sur le formulaire.***

***Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler au Centre Communal d'Action Sociale de la Ville de Lesquin toute modification concernant ces informations, aux fins de mettre à jour les données permettant de me contacter en cas de déclenchement du plan départemental d'alerte et d'urgence.***

Fait à ....., le .....

Signature obligatoire du bénéficiaire

*Les informations recueillies ont pour seul objet la tenue d'un registre nominatif dans le cadre du plan départemental d'alerte et d'urgence. Elles restent confidentielles et sont destinées exclusivement à l'usage du Centre Communal d'Action de la Ville de Lesquin, responsable de leur traitement afin d'organiser un contact périodique avec les personnes répertoriées. Elles seront traitées et protégées en conformité par rapport aux recommandations du Règlement Général de Protection des Données (RGPD).*