

Bulletin à remplir en LETTRE MAJUSCULES, soit :

- Par la personne âgée ou la personne en situation de handicap
- Par un tiers ou représentant légal

Et à retourner au CCAS d'Angervilliers Rue du Château 91470 Angervilliers

1- Identification du bénéficiaire

M.

Mme

NOM : Prénom(s) :

Né(e) le : / / à

Adresse :

Interphone : étage :

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 de gestion sanitaire des vagues de chaleur.

Je demande mon inscription :

En qualité de personnes âgées de 65 ans et plus

En qualité de personne de plus 60 ans, reconnue inapte au travail

En qualité de personne en situation de handicap

Je suis informé(e) que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande écrite de ma part (contact@ville-angervilliers.fr)

2- Références du service médical ou social intervenant a votre domicile ou en contact avec vous

Je déclare bénéficier de l'intervention : *(plusieurs réponses possibles)*

D'un service d'aide à domicile

Nom du service :

Adresse :

Téléphone :

Nombre de passages :

D'un service de soins infirmiers à domicile

Nom du service :

Adresse :

Téléphone :

Nombre de passages

D'un autre service

Nom du service :

Adresse :

Téléphone :

Nombre de passages

D'aucun service à domicile

3- Personnes de votre entourage à prévenir en cas d'urgence

1) NOM/ Prénom(s) :

En qualité de

Adresse :

Téléphone :

2) NOM/ Prénom(s) :

En qualité de

Adresse :

Téléphone :

4- Périodes d'absence entre le 1^{er} Juin et le 15 septembre 2023

.....
.....

Je consens à ce que ces données complémentaires soient utilisées
*si ces dates changent, nous vous remercions de nous le signaler en appelant la mairie
au 01 64 59 02 06

5- Si le bulletin est rempli pour le bénéficiaire par un tiers, veuillez préciser vos coordonnées :

M. Mme

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)

La personne concernée est-elle informée de votre démarche d'inscription ?

- Oui Non

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande.
En cas de modification de ces informations, merci de nous contacter au 01 64 59 02 06.

Je consens à ce que mes données personnelles soient utilisées par le CCAS pour me joindre quotidiennement par téléphone en cas d'alerte du niveau 3 ou 4.

Fait à, le
Signature obligatoire

Mesures d'informations relatives aux données personnelles pour la tenue du registre communal dans le cadre du Plan d'alerte et Urgence du CCAS

J'autorise le CCAS de la commune d'Angervilliers à traiter mes données à caractère personnel.

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.

Les données personnelles sont destinées aux services du CCAS.

Conformément au RGPD, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, d'opposition, de rectification et de suppression des informations vous concernant ainsi que du droit de demander la portabilité de ces informations.

En cas d'opposition au traitement de données personnelles, vous ne pourrez plus bénéficier de votre inscription sur le registre communal.

Ces droits peuvent être exercés sur simple demande écrite, signée et accompagnée de la copie d'un titre d'identité.

Mairie d'Angervilliers