

## FICHE DE LIEN SOCIAL

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Vous êtes :

Âgé(e) de 60 ans et plus, vivant à domicile

Âgé(e) de moins de 60 ans en situation d'handicap reconnu MDPH

Adresse : .....

Hall/Porte/Étage/Code : .....

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Vous vivez :  Seul(e)  En couple  Autre (préciser) :

Vous serez absent(e) de votre domicile : Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES EN CAS D'INTERVENTION

Bénéficiez-vous d'un service d'aide ?

OUI  NON

Portage de repas  Téléassistance  Service d'aide à domicile  Autres

Précisez l'organisme 1 : ..... Tél. : \_\_\_\_\_

Précisez l'organisme 2 : ..... Tél. : \_\_\_\_\_

Nom médecin traitant : ..... Tél. : \_\_\_\_\_

Nom de l'infirmier (le cas échéant) : ..... Tél. : \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES EN CAS D'INTERVENTION

Personne à contacter en cas d'urgence

PERSONNE 1

Nom / Prénom : .....

Lien avec la personne déclarée : .....

Tél : .....

### INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES EN CAS D'INTERVENTION

Personne à contacter en cas d'urgence

PERSONNE 2

Nom / Prénom : .....

Lien avec la personne déclarée : .....

Tél : .....

## FICHE DE LIEN SOCIAL

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Vous êtes :

Âgé(e) de 60 ans et plus, vivant à domicile

Âgé(e) de moins de 60 ans en situation d'handicap reconnu MDPH

Adresse : .....

Hall/Porte/Étage/Code : .....

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Vous vivez :  Seul(e)  En couple  Autre (préciser) :

Vous serez absent(e) de votre domicile : Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES EN CAS D'INTERVENTION

Bénéficiez-vous d'un service d'aide ?

OUI  NON

Portage de repas  Téléassistance  Service d'aide à domicile  Autres

Précisez l'organisme 1 : ..... Tél. : \_\_\_\_\_

Précisez l'organisme 2 : ..... Tél. : \_\_\_\_\_

Nom médecin traitant : ..... Tél. : \_\_\_\_\_

Nom de l'infirmier (le cas échéant) : ..... Tél. : \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES EN CAS D'INTERVENTION

Personne à contacter en cas d'urgence

PERSONNE 1

Nom / Prénom : .....

Lien avec la personne déclarée : .....

Tél : .....

### INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES EN CAS D'INTERVENTION

Personne à contacter en cas d'urgence

PERSONNE 2

Nom / Prénom : .....

Lien avec la personne déclarée : .....

Tél : .....

## FICHE DE LIEN SOCIAL

suite

### PERSONNE DEMANDANT LE RECENSEMENT

- La personne elle-même
- Un parent <sup>(1)</sup> – Lien de parenté : .....
- Un professionnel <sup>(1)</sup> .....
- Autre <sup>(1)</sup> .....

<sup>(1)</sup> Coordonnées :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler aux services municipaux toute modification concernant ces informations.

J'accepte d'être inscrit(e) dans un fichier informatique tenu de façon confidentielle par la Ville et accepte de communiquer toute modification me concernant postérieure à mon inscription. J'ai bien noté que je peux demander à tout moment ma radiation de ce fichier.

Date : ..... Signature

À retourner à :

Mairie d'Angervilliers  
Rue du château  
91470 ANGERVILLIERS

Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2006 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant au Correspondant Informatique et Liberté (CIL) de la collectivité.»



## FICHE DE LIEN SOCIAL

suite

### PERSONNE DEMANDANT LE RECENSEMENT

- La personne elle-même
- Un parent <sup>(1)</sup> – Lien de parenté : .....
- Un professionnel <sup>(1)</sup> .....
- Autre <sup>(1)</sup> .....

<sup>(1)</sup> Coordonnées :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler aux services municipaux toute modification concernant ces informations.

J'accepte d'être inscrit(e) dans un fichier informatique tenu de façon confidentielle par la Ville et accepte de communiquer toute modification me concernant postérieure à mon inscription. J'ai bien noté que je peux demander à tout moment ma radiation de ce fichier.

Date : ..... Signature

À retourner à :

Mairie d'Angervilliers  
Rue du château  
91470 ANGERVILLIERS

Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2006 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant au Correspondant Informatique et Liberté (CIL) de la collectivité.»

