****

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION**

**SUR LE REGISTRE NOMINATIF DE CHAMPS SUR YONNE**

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

Bulletin à remplir en **LETTRES MAJUSCULES**, soit

* par la personne concernée,
* par un tiers (représentant légal, intervenant médico-social, entourage, parent, ami)

Et à retourner par courrier à l’adresse suivante : *Mairie, 2 place Binoche 89290 CHAMPS SUR YONNE*

1- IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

NOM : ............................................................................ PRENOM(S) : .......................................................................................................  
DATE DE NAISSANCE : ......................................  
ADRESSE :.........................................................................................................................................................................................................

TELEPHONE : .................................................

SITUATION FAMILIALE : *(cocher la bonne case)* : isolé(e) en couple en famille

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

Je demande mon inscription en tant que (*cocher la bonne case*) :

personne âgée de plus de 65 ans,

personne âgée de plus de 60 ans et reconnue inapte au travail,

personne adulte handicapée bénéficiant de l’Allocation aux Adultes Handicapés, ACTP ou Prestation de Compensation du Handicap, carte d’invalidité, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, ou d’une pension d’invalidité servie au titre d’un régime de base de la sécurité sociale ou du code des pensions militaires d’invalidité et des victimes de guerre.

**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- *(facultatif)* REFERENCES DU SERVICE MEDICAL OU SOCIAL INTERVENANT A VOTRE DOMICILE OU EN CONTACT AVEC VOUS

Je déclare bénéficier de l'intervention (*cocher la bonne case*) :

d'un service d'aide à domicile :

Intitulé du service : ......................................................................................................

Adresse : .....................................................................................................................

Téléphone : .................................................................................................................

d'un service de soins infirmiers à domicile :

Intitulé du service : ......................................................................................................

Adresse : .....................................................................................................................

Téléphone : .................................................................................................................

d'aucun service à domicile

du médecin :

NOM/ Prénom : .............................................................................................................................................................................  
Adresse : ......................................................................................

Téléphone : ............................................

3- PERSONNES DE VOTRE ENTOURAGE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM / Prénom : .........................................................................................................

Adresse : ....................................................................................................................

Téléphone : ................................................................................................................

4- SI LE BULLETIN EST REMPLI PAR UN TIERS, VEUILLEZ PRECISER VOS COORDONNEES :

NOM / Prénom : ......................................................................................................................

Adresse : .....................................................................................................................................

Téléphone : ................................................................

Agissant en qualité de (*cocher la bonne case*) :

représentant légal

service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile

médecin traitant

autre : ............................................................... (*merci de préciser*)

**J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande.**

**Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler à la mairie de Champs sur Yonne 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 :

*Les informations communiquées ont pour seul objet le plan d'alerte et d'urgence départemental. Elles restent confidentielles et sont destinées exclusivement à l'usage de la mairie de Champs sur Yonne, responsable de leur traitement. Elles seront traitées en conformité avec la loi du 06/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.*

*Mairie de Champs sur Yonne, 2 place Binoche 89290 CHAMPS SUR YONNE*

*Tél : 03.86.53.30.75 mairie@champs-sur-yonne.fr*