

## DEMANDE D'INSCRIPTION AU REGISTRE COMMUNAL

Identification du demandeur	Coordonnées du demandeur (si différentes de la personne à inscrire)
Demande formulée par :	NOM MARITAL:
En nom propre	PRÉNOM:
Fils ou fille du bénéficiaire	NOM DE JEUNE FILLE:
Tuteur du bénéficiaire	ADRESSE:
Médecin traitant du bénéficiaire	
Professionnel du maintien à domicile	CODE POSTAL:
Autre precisez:	VILLE:
	TÉLÉPHONE FIXE:
	LIGNE ROUGE: oui non
	TÉLÉPHONE PORTABLE:
	MAIL:
PER:	SONNE À INSCRIRE
NOM MARITAL:	Personne âgée de plus de 65 ans:
PRÉNOM:	
NOM DE JEUNE FILLE:	Personne inapte au travail de plus de 60 ans:
ADRESSE:	oui
	Personne atteinte de maladie chronique ou de trouble de la santé mentale:
CODE POSTAL:	
VILLE:	Personne handicapée de plus de 18 ans:
TÉLÉPHONE FIXE:	·
LIGNE ROUGE: oui non	
TÉLÉPHONE PORTABLE:	
MAIL:@	
Vit seule: oui non	
Téléalarme: oui non	

## Personne à contacter en cas d'urgence

Personne de l'entourage (famille, amis, voisins	Sounaitez-vous que la personne inscrite au registre
NOM:	communal soit informée par téléphone du déclen- chement d'une alerte canicule via le service d'alerte
PRÉNOM:	
LIEN AVEC LA PERSONNE INSCRIRTE:	oui
TÉLÉPHONE DOMICILE:	
LIGNE ROUGE: oui non	Souhaitez-vous que la personne de l'entourage à
TÉLÉPHONE PORTABLE:	contractor on one of an general, contract part onto our
	déclenchement d'une alerte canicule via le service
Soins infirmiers: oui non	d'alerte de la commune:
SI OUI; NOM:	oui non
TÉLÉPHONE FIXE/PORTABLE:	
Médecin traitant	
NOM; PRÉNOM:	
TÉLÉPHONE:	
Partage des repas: oui non	
SI OUI; NOM:	
TÉLÉPHONE FIXE / PORTABLE	
Aida à damiaila.	
Aide à domicile: oui non	
SI OUI; NOM:	
TÉLÉPHONE FIXE / PORTABLE:	
Je suis informé(e) que cette inscription est facu	ultative et que ma radiation peut être effectuée
à tout moment par simple demande de ma par	rt.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des information	ns communiquées sur cette demande
,	
FAIT À:	LE:
À déposer en mairie ou à adresser:	SIGNATURE:
Par voie postale:	
CCAS de Salaise sur Sanne	
Mairie de Salaise sur Sanne	
BP 20318	
38150 SALAISE SUR SANNE	
Par mail à: ccas@mairie-salaise-sur-sanne.fr	

Autres informations

Souhaitez-vous que la personne inscrite au registre

En vertu de l'article L121-6 du Code de l'action sociale et des familles, les données recueillies ont pour seul objet le plan départemental d'alerte et d'urgence au profit des personnes âgées et des personnes handicapées en cas de risques exceptionnels. Elles sont destinées à un usage exclusif du CCAS de la commune de Salaise sur Sanne, des services communaux et du Préfet de l'Isère sur sa demande. La loi du 6 août 2004, modifiant la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous accorde un droit d'accès, d'opposition et de rectification des données à caractère personnel.



SIGNATURE:

## **DEMANDE DE RADIATION**

Je sousigné(e) (nom, prénom):		
Né(e) le:		
TÉLÉPHONE DOMICILE / PORTABLE:		
TEEL HONE DOTHCLES TONYABLE.		
sollicite ma radiation au registre communal des personnes vulnérables à compter de ce jour		
FAIT À:	LE:	