

INSCRIPTION AU REGISTRE COMMUNAL DES PERSONNES VULNÉRABLES

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom

Prénom

Date de naissance

Téléphone fixe ou mobile

Courriel (facultatif)

Adresse

Prévu à l'article L 121-6-1 du code de l'action sociale et des familles. Ce registre nominatif a pour finalité exclusive de permettre l'intervention ciblée des services sanitaires et sociaux en cas d'activation d'un plan d'alerte.

Vous vivez ☐ Seul(e) ☐ En couple ☐ En famille

Type de logement ☐ Individuel ☐ Collectif ☐ Autre

Accessibilité au logement ☐ Plain-pied ☐ Étage N° ☐ **Code d'accès :**

Nom et coordonnées du Médecin traitant

Prestations à domicile

☐ Aide à domicile ☐ Portage des repas ☐ Soins à domicile (infirmiers) ☐ Autre

Sollicite mon inscription sur le registre en qualité de :

- ☐ Personne de 65 ans et plus
- ☐ Personne de 60 ans reconnue inapte au travail
- ☐ Personne handicapée
- ☐ Sous assistance d'un appareillage électrique (ex : respiratoire...)
- ☐ Personne atteinte d'un handicap mental
- ☐ Personne à mobilité réduite, malentendante, non voyante
- ☐ Personne alitée
- ☐ Autre
- ☐ Personne isolée

Souffrez-vous d'une difficulté d'ordre :

☐ Station debout pénible ☐ Fauteuil ☐ Canne ☐ Déambulateur

(Suite au dos)



Personne n°1 à contacter en cas d'urgence (famille, ami, voisin proche...)

Nom et Prénom :

Lien avec la personne :

Téléphone fixe : Téléphone mobile :

Personne n°2 à contacter en cas d'urgence (famille, ami, voisin proche...)

Nom et Prénom :

Lien avec la personne :

Téléphone fixe : Téléphone mobile :

Consentement à l'utilisation des données personnelles :

- ☐ J'accepte de communiquer ces renseignements au CCAS de Languidic qui s'engage à en garder la confidentialité.
- ☐ J'autorise le CCAS de Languidic à me contacter tous les 6 mois afin de mettre à jour les renseignements communiqués.
- ☐ J'autorise le CCAS de Languidic à communiquer ces renseignements au Maire et aux élus et acteurs de l'organisation communale de gestion de crise. L'intéressé(e) dispose de droits d'opposition, d'accès, de rectification, de retrait de son consentement et de suppression des données transmises en justifiant de son identité et en s'adressant par courrier :
à CCAS de Languidic - 2 rue de la Mairie 56440 Languidic et par courriel à ccas@languidic.bzh

Les données relatives à mon état de santé :

- ☐ Je consens à ce que les données relatives à mon état de santé soient enregistrées dans le « registre nominatif » des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence au profit des personnes âgées et des personnes handicapées en cas de risques exceptionnels.

Conformément à l'article 6-1 du règlement sur la protection des données personnelles, ce traitement est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public et relève de l'exercice de l'autorité publique dont est investi le CCAS de Languidic, responsable du traitement.

Vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité comme le prévoit le Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel.

La demande a été faite :

- ☐ Par la personne elle-même
- ☐ Autre : Nom et Prénom :
Qualité (famille / ami / voisin...)

Fait à Languidic

Le :/...../.....

Signature