



A remplir et à adresser au :

**CCAS**

Hôtel de ville

9 rue du 6<sup>ème</sup> R.T.S

83210 Solliès-Ville

☎ : 04.94.13.80.30

Courriel : solliesville.social@orange.fr

## FORMULAIRE REGISTRE PERSONNES VULNERABLES

### Catégorie :

- Personnes âgées de 65 ans et plus
- Personnes de plus de 60 ans reconnues inaptes au travail
- Personnes adultes handicapées

Je soussigné (e), Madame, Monsieur, .....

- Demande mon inscription au registre personnes vulnérables
- Refuse mon inscription au registre personnes vulnérables

### L'inscription concerne :

Nom : ..... Prénom.....

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Adresse précise : .....

Code postale : 83210 Ville : Solliès-Ville

Numéro de téléphone : .....

Situation de famille : .....

### Conditions de vie :

Vit seul (e)       En famille       Isolé (e)       Véhiculé (e)

En couple :      si, oui : Nom/Prénom du (de la) conjoint (e) : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Enfants :       oui       non      Nombre d'enfants : .....

Si oui :       à proximité       éloignés

Nom : .....Téléphone : .....Adresse : .....

Nom : .....Téléphone : .....Adresse : .....

Nom : .....Téléphone : .....Adresse : .....

### Médecin traitant :

Nom : .....Téléphone : .....

### Infirmière :

Nom : .....Téléphone : .....

Jour et heure de passage : .....

**Service intervenant à domicile :**

Nom : .....Téléphone : .....

Jours et heures de passage : .....

**Service téléalarme :**          oui        non

**Service portage de repas :**    oui          non

Si oui fréquence de livraison : .....

**Suivi assistante sociale :**

Nom : .....Téléphone : .....

**Personnes à prévenir en cas d'urgences :**

Nom : .....Qualité : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : .....Ville : .....

Numéro de téléphone : .....

Périodes d'absences au cours de l'été : .....

Nom : .....Qualité : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : .....Ville : .....

Numéro de téléphone : .....

Périodes d'absences au cours de l'été : .....

**Formulaire rempli par :**

L'intéressé  Autre      précisez :

Nom :

Qualité :

Téléphone :

*Les informations ainsi recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à alimenter le registre nominatif prévu à l'article L121-6-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) afin de favoriser l'intervention des services sociaux et sanitaires, et notamment l'organisation d'un contact périodique, en cas de mise en œuvre du plan départemental d'alerte et d'urgence au profit des personnes âgées et handicapées en cas de risques exceptionnels.*

*Les destinataires des informations recueillies sont les agents du Centre Communal d'Action Sociale de la commune de Solliès-Ville chargés de la gestion du registre susmentionné, ainsi que les autorités et services chargés de la mise en œuvre du plan d'alerte et d'urgence susmentionné, et notamment de l'organisation et de la coordination des interventions à domicile pour la mise en œuvre de ce plan. Les données ainsi recueillies sont conservées jusqu'au décès de la personne concernée ou jusqu'à sa demande de radiation du registre nominatif (article R121-11 du CASF). Conformément à loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (articles 38 et suivants), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter la mairie de Solliès-Ville par courrier – 9 rue du 6<sup>ème</sup> R.T.S- ou par téléphone au 04.94.13.80.30 ou par courriel [mairie.sollies@wanadoo.fr](mailto:mairie.sollies@wanadoo.fr). Consulter le site [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr) pour plus d'informations sur vos droits.*

A Solliès-Ville, le.....

Signature du demandeur,