RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Département de Seine et Marne

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF DES PERSONNES FRAGILES ISOLÉES

(Prévu à l'article 1.121-6-1 du code de l'action sociale et des familles)

L'inscription des personnes isolées les plus vulnérables (personnes âgées de 65 ans et +, ou personnes handicapées, ou de plus de 60 ans reconnues inaptes au travail) domiciliées sur la commune de Villenoy (résidence principale ou secondaire), celle-ci est souhaitable afin de pouvoir leur apporter conseils et assistance en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence consécutif à une situation à risques exceptionnels.

Lors de la crise COVID-19, chaque personne inscrite a pu bénéficier d'un appel quotidien.
Pour vous-même ou l'un de vos proches, vous pouvez contribuer à ce geste de prévention et de solidarité citoyenne en complétant ce document en majuscules.

INFORMATIONS CONCERNANT LA PERSONNE ISOLÉE

Nom /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/ Prénom /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Date de naissance /__/__/__/__/__/__/__/__/ Age /__/__/__/ ans

Adresse :

N° /__/__/__/ - Complément (1) : BIS – TER – QUATER

(1) ALLÉE – AVENUE - CHEMIN – IMPASSE – PLACE - RUE

Bâtiment /__/__/ Hall /__/ Escalier /__/ Etage /__/ Porte N° /__/__/__/__/

Code(s) d'entrée /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/ - Interphone /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Ascenseur (2) ❑ OUI ❑ NON

TÉLÉPHONE portable /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

TÉLÉPHONE fixe /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Qualité de la personne (2) ❑ Isolé(e) ❑ En situation de handicap ❑ De 65 ans et plus
❑ De + de 60 ans reconnue inapte au travail ❑ De santé fragile

Situation familiale (2) ❑ Seul(e) ❑ En couple ❑ En famille

Enfants (2) ❑ OUI ❑ NON
Si oui, (2) ❑ A proximité ❑ Eloigné

(1) Entourer la réponse exacte (2) Cocher la réponse exacte

INFORMATIONS CONCERNANT LE MÉDECIN TRAITANT DE LA PERSONNE ISOLÉE

Nom /__/__/__ /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/ Prénom /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Adresse /__/

Code postal /__/__/__/__/__/ Ville /__ /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Numéro de téléphone fixe /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Numéro de téléphone portable /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

INFORMATIONS CONCERNANT VOS PRESTATIONS ACTUELLES (2)

❑ OUI ❑ NON

❑ D'un service d'aide à domicile ❑ De soins à domicile

❑ Autre service, lequel ? /__/__/__ /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Vous percevez une aide : ❑ OUI ❑ NON

Laquelle ? /__/__/__ /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

PRESTATIONS	OUI / NON	COORDONNÉES	JOURS ET HORAIRES D'INTERVENTION
PORTAGE DE REPAS			
AIDE MÉNAGÈRE			
TÉLÉ-ALARME			
SOINS À DOMICILE			
AUTRE			

De quel service aimeriez-vous bénéficier de la part du C.C.A.S. :

❑ Appel quotidien pendant une période de crise (épidémie, canicule, inondations…)

❑ Portage de courses, de médicaments

❑ Envoi de jeux, de mots croisés, de recettes…

INFORMATIONS CONCERNANT LES PERSONNES A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Personne 1 :

Nom /__/__/__ /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/ Prénom /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Adresse /__/

Code postal /__/__/__/__/__/ Ville /__ /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Lien de parenté ou qualité /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Numéro de téléphone fixe /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Numéro de téléphone portable /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Personne 2 :

Nom /__/__/__ /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/ Prénom /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Adresse /__/

Code postal /__/__/__/__/__/ Ville /__ /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Lien de parenté ou qualité /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Numéro de téléphone fixe /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Numéro de téléphone portable /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

FORMULAIRE REMPLI PAR

❑ L'intéressé(e) ❑ Autre personne, précisez /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Nom /__/__/__ /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/ Prénom /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Adresse /__/

Code postal /__/__/__/__/__/ Ville /__ /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Lien de parenté ou qualité /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Numéro de téléphone fixe /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Numéro de téléphone portable /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

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

- Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler aux services municipaux toutes modifications 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 ❑ De l'intéressé(e) ❑ Autre

Votre inscription sur le registre nominatif communal permettra, en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence, consécutif à une situation de risques exceptionnels, climatiques ou sanitaires de vous apporter les conseils et l'assistance dont vous pourriez avoir besoin.

Cette inscription est facultative. Votre radiation du registre communal peut être effectuée à tout moment sur simple demande écrite de votre part.

Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités sous l'autorité du Préfet, en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.

Les éléments d'information restent confidentiels et seront traités en conformité avec la loi N° 78.17 du 6/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations collectées et conservées de manière strictement confidentielle.