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 /__/__/__/__/__/__/__/__

Adresse :

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

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

Suite de l'adresse : ……

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

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 ? /__/__/__ /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

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. (2) :

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

❑ Portage de courses, de médicaments

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

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 :

❑ (2) L'intéressé(e) ❑ (2) Autre personne, précisez : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

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

Adresse /__/

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

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

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

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

---

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

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

Les informations recueillies sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatisé par le C.C.A.S. de la Mairie de VILLENOY sis au 4 rue de la Marne 77124 VILLENOY pour favoriser l'intervention des services sociaux et sanitaires en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.
Le responsable de traitement a désigné l'ADICO sise à Beauvais (60000), 5 rue Jean Monnet en qualité de déléguée à la protection des données.
Ce traitement est basé sur le consentement des personnes concernées.
Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : aux agents habilités du C.C.A.S. ainsi qu'aux administrations et organismes habilités sous l'autorité du Préfet, en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.
Les données conservées jusqu'au décès des personnes concernées ou jusqu'à leur demande de radiation du registre nominatif.
Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier ou en demander l'effacement. Vous pouvez également retirer votre consentement à tout moment, exercer votre droit à la limitation du traitement ainsi que votre droit à la portabilité de ces données.
Vous pouvez aussi définir des directives quant au sort post-mortem de vos données.
Le droit d'opposition ne s'applique pas dans ce cas.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données ou le service chargé de l'exercice de ces droits à l'adresse suivante : ccas@villenoy.fr, 4 rue de la Marne 77124 VILLENOY, au : 01.83.61.04.60.
Si vous estimez que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.
Consulter le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

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