



FORMULAIRE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE COMMUNAL DES PERSONNES VULNÉRABLES

CHOIX DU NIVEAU DE VEILLE

☐ **Veille simple** (contact si déclenchement du plan canicule ou autre situation d'urgence)

☐ **Veille renforcée** (contact plus régulier lors de vagues de chaleur, diffusion d'informations diverses sur les actions du CCAS, les dispositifs d'aide et d'accompagnement existants ...)

Les informations pourront vous être communiquées par téléphone, par message vocal, par sms, par courrier ou courriel.

LE BENEFICIAIRE

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

Code postal : 83210 Ville : SOLLIES-PONT

Etage : N° d'appartement : Digicode/s (facultatif) :/.....

N° de téléphone fixe : N° de téléphone portable :

courriel :

☐ Je suis âgé/e de 65 ans et plus et je réside à mon domicile

☐ Je suis âgé/e de 60 ans et plus, je suis reconnu/e inapte au travail, et je réside à mon domicile

☐ Je suis adulte handicapé et je réside à mon domicile

SITUATION FAMILIALE / MODE DE VIE

☐ vit seul (e) ☐ en famille ☐ isolée ☐ en couple si oui : Nom/Prénom conjoint (e) :

ENFANTS : ☐ oui ☐ non Nombre d'enfants :

Si oui, vivent-ils : ☐ à proximité ☐ éloignés

Nom : Adresse :

Nom : Adresse :

Nom : Adresse :

Difficultés particulières à signaler :

☐ station debout pénible ☐ mobilité réduite ☐ fauteuil roulant ☐ déambulateur

☐ canne ☐ difficulté d'audition ☐ difficulté de vision ☐ trouble de l'orientation

☐ autre.....

Matériel ou dispositif important à connaître (données facultatives):

☐ oxygène à domicile ☐ lit médicalisé ☐ appareil respiratoire ☐ dispositif cardiaque

☐ autre information médicale importante (traitement, hospitalisation récente ou à venir...) :

☐ allergie(s) Si oui précisez

EQUIPEMENT DE L'HABITAT

☐ Climatisation

☐ Climatisation portative

☐ Ventilateur(s)

MÉDECIN TRAITANT

Nom :

Téléphone :

INFIRMIÈRE

Nom :

Téléphone :

Jour et heure de passage :

SERVICE INTERVENANT À DOMICILE

Nom :

Téléphone :

Jour et heure de passage :

Service téléalarme : ☐ oui ☐ non

Service portage des repas : ☐ oui ☐ non

Si oui, jours de livraison

BÉNÉFICIAIRE DE L'APA : ☐ oui ☐ non

SUIVI ASSISTANTE SOCIALE :

Nom :

Téléphone :

PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom :

Qualité :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Périodes d'absences au cours de l'été :

Nom :

Qualité :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Périodes d'absences au cours de l'été :

MERCI DE PRÉCISER LES PÉRIODES ÉVENTUELLES D'ABSENCE ENTRE LE 1^{ER} JUIN ET LE 15 SEPTEMBRE :

Pour toute absence en dehors de cette période, merci de prévenir le CCAS pour éviter toute inquiétude ou déclenchement inutile des secours.

FAITES-VOUS L'OBJET D'UNE MESURE PARTICULIERE

☐ Tutelle ☐ Mesure d'accompagnement social nom du tuteur/curateur/accompagnant :
☐ Curatelle ☐ Sauvegarde de justice téléphone :

FORMULAIRE REMPLI PAR

☐ L'intéressé/e ☐ un membre de la famille ☐ un voisin ☐ un ami

Nom : Lien familial (si concerné) :
Téléphone :

Je reconnais avoir été informé(e) que :

l'inscription au registre est facultative ; je peux demander ma radiation à tout moment ou la rectification et mise à jour de mes informations ; je peux demander la modification du niveau de veille ; je peux demander la suppression des informations facultatives que j'ai renseignées ; je dois signaler tout changement de situation, de coordonnées ou d'absence prolongée au CCAS ; en cas de changement de commune de résidence, cette information vaudra demande de radiation du registre ; mes données peuvent être transmises en cas de besoin et dans la limite des informations utiles, à la Préfecture, aux services sanitaires, aux services sociaux et médico-sociaux autorisés, ainsi qu'aux services d'urgence ou de secours.

À Solliès-Pont, le.....

Signature du demandeur
ou du représentant légal

Protection des données personnelles

Les informations recueillies dans ce formulaire sont destinées à permettre au CCAS de contacter les personnes inscrites en cas de risque exceptionnel, notamment lors de vagues de chaleurs, grand froid, crise sanitaire ou tout autre événement nécessitant la mise en œuvre du plan d'alerte et d'urgence. Les données peuvent également être utilisées, pour informer et proposer des actions visant à lutter contre l'isolement social, à repérer les situations de fragilité ou de perte d'autonomie, à communiquer sur les aides, les droits, et les possibilités d'accompagnement existantes. Le traitement de ces données est fondé sur l'obligation légale et la mission d'intérêt public confiées à la commune et au CCAS dans le cadre de la tenue du registre nominatif communal, conformément à la loi 2024-317 du 08/04/2024 et du décret 2026-590 du 03/07/26. La responsabilité du registre communal relève du Maire ; la gestion opérationnelle dudit registre est assurée par les agents du CCAS habilités. Les données du registre peuvent également être transmises, lorsque cela est nécessaire et dans la limite des informations strictement utiles, à la Préfecture, aux services sanitaires, aux services sociaux et médico-sociaux autorisés, ainsi qu'aux services d'urgence ou de secours en cas de nécessité. Les informations médicales et d'accès au logement (digicodes) sont facultatives. Elles ne sont collectées que pour faciliter l'intervention des secours. Elles sont traitées de manière confidentielle et ne sont accessibles qu'aux personnes habilitées. Le registre est mis à jour régulièrement sur signalement du bénéficiaire ou sur demande du CCAS tous les cinq ans. Les données sont conservées jusqu'au décès du bénéficiaire ou jusqu'à sa demande de radiation du registre. La personne inscrite peut demander à tout moment l'accès à ses données, leur rectification, leur limitation, la suppression des informations facultatives ou sa radiation du registre. Ces demandes peuvent être adressées soit par courrier à CCAS DE SOLLIES-PONT – 1 bis rue de la République – 83210 SOLLIES-PONT, soit par courriel à : ccas@solliespont.fr