

CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE (CCAS)
REGISTRE NOMINATIF DE VEILLE SANITAIRE ET SOCIALE
Demande d'inscription

INFORMATIONS IMPORTANTES

Dans le cadre du plan d'alerte et d'urgence départemental, le Centre Communal d'Action Sociale tient un registre nominatif destiné à recenser les personnes vulnérables vivant à domicile. L'inscription est facultative et permet au CCAS de prendre contact avec vous en cas de risques exceptionnels tels que :

- ☐ Canicule
- ☐ Grand froid
- ☐ Crise sanitaire
- ☐ Catastrophe naturelle
- ☐ Événement exceptionnel nécessitant une vigilance particulière

1. IDENTITÉ DE LA PERSONNE À INSCRIRE

Nom : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Lieu de naissance : _____

Adresse complète : _____

Code postal : _____

Commune : _____

Téléphone fixe : _____

Téléphone portable : _____

Adresse électronique : _____

2. CATÉGORIE D'INSCRIPTION

Je demande mon inscription au registre en qualité de :

- ☐ Personne âgée de 65 ans et plus
- ☐ Personne âgée de plus de 60 ans reconnue inapte au travail
- ☐ Personne adulte en situation de handicap
- ☐ Personne vulnérable nécessitant une attention particulière

3. SITUATION PERSONNELLE
Composition du foyer
☐ Personne seule
☐ Couple
☐ Famille
☐ Autre : _____
Logement
☐ Maison
☐ Appartement
☐ Résidence autonomie
☐ Autre : _____
Étage du logement
☐ Rez-de-chaussée
☐ 1er étage
☐ 2e étage ou plus
☐ Ascenseur
☐ Sans ascenseur
Moyens de rafraîchissement en période de chaleur
☐ Climatisation
☐ Ventilateur
☐ Aucun équipement

4. PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE
Contact n°1
Nom et prénom : _____
Lien avec la personne : _____
Téléphone fixe : _____
Téléphone portable : _____
Adresse : _____
Contact n°2
Nom et prénom : _____
Lien avec la personne : _____
Téléphone fixe : _____
Téléphone portable : _____
Adresse : _____

5. PROFESSIONNELS ET SERVICES INTERVENANT À DOMICILE

Médecin traitant

Nom : _____

Téléphone : _____

Services intervenants

Type de service	Nom de l'organisme	Téléphone
Aide à domicile		
Soins infirmiers		
Téléassistance		
Portage de repas		
Service social		
Autre		

6. PERSONNE EFFECTUANT LA DEMANDE

☐ La personne concernée

☐ Représentant légal

☐ Membre de la famille

☐ Voisin

☐ Professionnel

☐ Autre : _____

Nom et prénom : _____

Téléphone : _____

Adresse : _____

7. CONSENTEMENT

Je soussigné(e),

Nom et prénom : _____

demande mon inscription au registre nominatif de veille sanitaire et sociale tenu par le Centre Communal d'Action Sociale.

Je reconnais avoir été informé(e) que :

- l'inscription est facultative ;
- les informations recueillies sont strictement confidentielles ;
- elles sont utilisées uniquement dans le cadre des actions de prévention, d'alerte et d'assistance mises en œuvre lors de situations exceptionnelles ;
- je peux demander à tout moment ma modification ou ma radiation du registre.

Fait à : _____

Le : ____ / ____ / ____

Signature de la personne concernée

(Précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Signature du représentant légal ou du demandeur

(Le cas échéant)

INFORMATION RELATIVE À LA PROTECTION DES DONNÉES

Les informations recueillies dans ce formulaire sont enregistrées par le CCAS dans le cadre de la gestion du registre nominatif prévu par les articles L.121-6-1 et R.121-2 à R.121-12 du Code de l'action sociale et des familles.

Les données sont conservées uniquement pour la durée nécessaire à la gestion du dispositif et sont réservées aux agents habilités.

Conformément à la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et d'opposition dans les conditions prévues par la loi.

CADRE RÉSERVÉ AU CCAS

Date de réception : ____ / ____ / ____

Mode de réception :

☐ Courrier

☐ Courriel

☐ Accueil physique

☐ Téléphone

☐ Autre

Numéro d'enregistrement : _____

Agent en charge du dossier : _____

Date d'inscription effective : ____ / ____ / ____

Observations :

Signature de l'agent : _____