



**Demande d'inscription sur le registre
nominatif Prévu à l'article L 121-6-1 du code
de l'action sociale et des familles
Registre "Canicule"**

A remplir en LETTRES MAJUSCULES

Je, soussigné(e)

Nom :

Prénom (s) :

Né(e) le : \ \ À (ville)

Adresse précise :

.....

.....

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

En qualité de :

- Personne âgée de plus de 65 ans
- Personne de plus de 60 ans reconnue inapte au travail
- Personne adulte handicapée

Sollicite l'inscription sur le registre des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence consécutif à une situation de risques exceptionnels, climatiques ou autres.

Je suis informé(e) que cette inscription est facultative et que la radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de la part du bénéficiaire¹.

Nom du médecin traitant :

Numéro de téléphone :

¹ Toutes les données recueillies par ce formulaire sont facultatives. Elles font l'objet d'un traitement informatique uniquement destiné à aider les pouvoirs publics dans la mise en place d'un dispositif d'alerte ponctuelle au bénéfice de la population fragile et l'organisation des secours déclenchés en cas de nécessité. Le responsable de ce registre nominatif, mis à jour chaque année, est le Maire de Villelongue Dels Monts. Les destinataires des données recueillies sont le Maire, la personne en charges des Affaires Sociales ainsi que, sur sa demande, le Préfet. Conformément à la loi n°78-17 « Informatique et Libertés », vous disposez de droits d'opposition, d'accès, de rectification et de suppression des données qui vous concernent en vous adressant par courrier à Mairie de Villelongue Dels Monts, Carrer de les escoles, 66740 VILLELONGUE DELS MONTS, ou par courriel : mairie@villelongue-dels-monts.com

PERSONNES DE MON ENTOURAGE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Priorité 1

Qualité (enfant, parent, voisin...) :

Nom / Prénom(s) :

Adresse :

.....

Téléphone fixe :Téléphone portable :.....

Priorité 2

Qualité (enfant, parent, voisin...) :

Nom / Prénom(s) :

Adresse :

.....

Téléphone fixe :Téléphone portable :.....

Si le bulletin est rempli pour le bénéficiaire par un tiers, veuillez préciser vos coordonnées :

Madame / Monsieur

Nom:.....

Prénom:

Adresse:

.....

Téléphone fixe :Téléphone portable :.....

Agissant en qualité de:

Représentant légal / Service d'aide à domicile / Service de soins infirmiers à domicile / Médecin traitant

Autre (à préciser) :

Fait à, le :

Signature: