

## Registre des personnes vulnérables

Madame  Monsieur

Nom   
Prénom   
Date de naissance   


Adresse

Prévu à l'article L 121-6-1 du code de l'action sociale et des familles

Ce registre nominatif a pour finalité exclusive de permettre l'intervention ciblée des services sanitaires et sociaux en cas d'activation d'un plan d'alerte

**Vous vivez :**  Seul (e)  En couple  En famille

**Type de logement**  Individuel  Collectif

**Accessibilité du logement**  Plain-pied  Etage N°.....

**Voisin le plus proche :**

**Numéro de téléphone**

**Nom et coordonnées du médecin traitant**

**Prestations à domicile**

Aide à Domicile  Portage des repas  Soins à Domicile (infirmiers)  Autre

**Sollicite mon inscription sur le registre en qualité de :**

- Personne de 65 ans et plus
- Personne de 60 ans reconnu inapte au travail
- Personne Handicapée :
  - Sous assistance d'un appareillage électrique (ex : respiratoire)
  - Personne atteinte d'un handicap mental
  - Personne à mobilité réduite, malentendante, non voyante
  - Personne alitée
  - Autre

**Souffrez vous d'une difficulté d'ordre :**

Station debout pénible  Fauteuil  Canne  Déambulateur

**La suite au verso**



**Personne n°1 à contacter en cas d'urgence :**

Nom et Prénom : .....

Lien avec la personne .....

Téléphone fixe .....téléphone mobile.....

**Personne n°2 à contacter en cas d'urgence :**

Nom et Prénom : .....

Lien avec la personne .....

Téléphone fixe .....téléphone mobile.....

**Mentions légales**

- J'accepte de communiquer ces renseignements au CCAS qui s'engage à en garder la confidentialité.
- J'autorise le CCAS à me contacter tous les ans afin de mettre à jour les renseignements communiqués.
- J'autorise le CCAS à communiquer ces renseignements au Maire et aux élus et acteurs de l'organisation communale de gestion de crise ; L'intéressé(e) dispose de droits d'opposition, d'accès, de rectification, de retrait de son consentement et de suppression des données transmises en s'adressant par courrier à CCAS de BAUD - place Mathurin Martin 56150 BAUD en justifiant de son identité.

**Les données relatives à mon état de santé :**

- Je consens à ce que les données relatives à mon état de santé soient enregistrées dans le « registre nominatif » des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence au profit des personnes âgées et des personnes handicapées en cas de risques exceptionnels.

**La demande à été faite :**

- La personne elle même
- Autre : Nom et Prénom.....  
Qualité (voisin/ famille...) .....

Fait à BAUD  
Le : ...../...../.....

Signature