

**Article L. 121-6-1 du code de l'action sociale et des familles**

*Afin de favoriser l'intervention des services sociaux et sanitaires, les maires recueillent les éléments relatifs à l'identité, à l'âge et au domicile des personnes âgées et des personnes handicapées qui en ont fait la demande. Ces données sont notamment utilisées par les services susmentionnés pour organiser un contact périodique avec les personnes répertoriées lorsque le plan d'alerte et d'urgence est mis en œuvre. Les maires peuvent également procéder à ce recueil à la demande d'un tiers à la condition que la personne concernée, ou son représentant légal, ne s'y soit pas opposée.*

**IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE**

Madame  Monsieur

NOM : \_\_\_\_\_ / PRENOM : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

**CONDITIONS DE VIE**

Vit seul(e)  En couple  En famille

Si vit seul(e)  Famille/encouragement à proximité  Isolé(e)

***Je sollicite mon inscription sur le registre communal des personnes vulnérables et j'accepte d'être contacté(e) en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence consécutif à une situation de risques exceptionnels, climatiques ou autres. Je m'engage à transmettre au CCAS les périodes durant lesquelles je ne serai pas joignable.***

**Je demande mon inscription : en qualité de**

Personne âgée de 65 ans et plus  En qualité de personne handicapée

En qualité de personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail

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

**REFERENCES DES PROFESSIONNELS MEDICO-SOCIAUX**

**Médecin traitant**

Nom : \_\_\_\_\_ / Téléphone : \_\_\_\_\_

**Je déclare bénéficiaire de l'intervention :**

**D'un service d'aide à domicile ou de portage de repas**

Fréquence des interventions : \_\_\_\_\_

Nom du service : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**D'un cabinet infirmier ou d'un service de soins infirmiers à domicile**

Fréquence des interventions : \_\_\_\_\_

Nom du service : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**D'aucun service à domicile**

**REFERENCES DES PROFESSIONNELS MEDICO-SOCIAUX**

❶ Nom / Prénom : \_\_\_\_\_

Lien avec bénéficiaire : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

❷ Nom / Prénom : \_\_\_\_\_

Lien avec bénéficiaire : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**REFERENCES DES PROFESSIONNELS MEDICO-SOCIAUX**

Mme /  M – Nom / Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Agissant en qualité de :

Représentant légal       Service d'aide à domicile ou service soins infirmiers

Médecin traitant       Autre : (à préciser) : \_\_\_\_\_

**Déclare avoir recueilli l'accord de** \_\_\_\_\_

**Pour l'inscription au registre communal des personnes vulnérables.**

*J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande. Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler au CCAS toute modification 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,

FORMULAIRE A ENVOYER OU A  
REMETTRE AU CCAS DE ST  
GEORGES LES BAINS

[mairie@saint-georges-les-bains.fr](mailto:mairie@saint-georges-les-bains.fr)