

REGISTRE COMMUNAL DES PERSONNES VULNÉRABLES

Personne(s) concernée(s) :

Nom* : _____ Nom de jeune fille : _____
Prénom(s)* : _____
Date de naissance* : __/__/____
Adresse* : _____
Code postal* : _____ Commune* : _____
Téléphone* domicile : _____ ou Portable : _____
Type de logement : Individuel Collectif Collectif avec gardien

L'inscription est demandée au titre :

Pour Madame : de personne en situation de handicap de personne âgée
Pour Monsieur : de personne en situation de handicap de personne âgée

Inscription à la demande d'un tiers :

Non Oui, précisez :

Nom* : _____ Nom de jeune fille : _____
Prénom(s)* : _____
Adresse* : _____
Code postal* : _____ Commune* : _____
Téléphone* domicile : _____ ou Portable : _____
Agissant en qualité de* : _____

Hormis si la demande est formulée par le représentant légal (avec justificatif fourni), la personne sera informée de la démarche d'inscription par un tiers et son acceptation sera sollicitée.

Personne à prévenir en cas d'urgence :

1. NOM* : _____ Prénom(s)* : _____
Adresse* : _____
Code postal* : _____ Commune* : _____
Téléphone* domicile : _____ ou Portable : _____
Lien de parenté (famille, amis, voisins)* : _____
Possède une clé du domicile ? : Oui Non

Personne à prévenir en cas d'urgence :

2. NOM* : _____ Prénom(s)* : _____
 Adresse* : _____
 Code postal* : _____ Commune* : _____
 Téléphone* domicile : _____ ou Portable : _____
 Lien de parenté (famille, amis, voisins)* : _____
 Possède une clé du domicile ? : Oui Non

Autres informations que vous souhaitez nous communiquer :

	Nom de la structure / de l'intervenant(e) et coordonnées (adresse – tél)	Jours et heures habituels
<input type="checkbox"/> Portage de repas		
<input type="checkbox"/> Aide à domicile / auxiliaire de vie		
<input type="checkbox"/> Télé-assistance		
<input type="checkbox"/> Soins infirmiers à domicile		
<input type="checkbox"/> Club / association ou activités de loisirs		
<input type="checkbox"/> Médecin traitant		

Cocher ci-dessous, dater et signer

Je sollicite mon inscription sur le registre communal des personnes vulnérables et consent au traitement de mes données à caractère personnel par le CCAS. Je m'engage à actualiser les coordonnées ci-dessus, en cas de changement.

J'ai pris connaissance que ma radiation du registre peut être réalisée à ma demande ou en cas de départ définitif de la Commune.

Date : ___/___/____ Signature

* Les informations signalées par un astérisque sont indispensables au traitement de votre demande

Réf. : AC/CCAS/BX/17112023

Les informations collectées à partir ce formulaire font l'objet d'un traitement informatisé et sont destinées au service du CCAS de la mairie de Saint Pathus située au 6 rue Saint Antoine 77178 Saint Pathus. Les informations mentionnées par un astérisque (*) sont indispensables au traitement de votre inscription au registre des personnes vulnérables et seront conservée 1 an au terme de leur collecte. Conformément à la Loi Informatique et Liberté Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 dit RGPD, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de portabilité, de limitation et d'opposition au traitement de vos données. Vous pouvez exercer vos droits par courrier : Mairie de Saint Pathus 6 rue Saint Antoine 77178 Saint Pathus ou par mail : dpo@saint-pathus.fr.