



FICHE D'INSCRIPTION AU REGISTRE NOMINATIF

PLAN D'ALERTE ET D'URGENCE

Au profit des seniors et des personnes handicapées en cas de risques exceptionnels

DISPOSITIF D'ALERTE PONCTUELLE À LA POPULATION FRAGILE

Prévu par le code de l'action sociale et des familles

S'inscrire au registre nominatif et renseigner tous les champs du formulaire sont facultatifs. L'inscription permet un service personnalisé, ce qui n'exclut aucune personne de bénéficier des secours.

PERSONNE FRAGILE :

NOM : _____ Adresse : _____
 PRÉNOM : _____
 Date de naissance : _____ Tél. fixe : _____
 Tél. portable : _____
 Courriel : _____

RESPONSABLE LÉGAL :

NOM : _____ Adresse : _____
 PRÉNOM : _____
 Date de naissance : _____ Tél. fixe : _____
 Tél. portable : _____
 Qualité de la personne : _____ Courriel : _____

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE :

NOM : _____ Adresse : _____
 PRÉNOM : _____
 Date de naissance : _____ Tél. fixe : _____
 Tél. portable : _____
 Qualité de la personne : _____ Courriel : _____

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE :

NOM : _____ Adresse : _____
 PRÉNOM : _____
 Date de naissance : _____ Tél. pro : _____
 Tél. fixe : _____
 Qualité de la personne : _____ Tél. portable : _____
 Courriel : _____

**PÉRIODES D'ABSENCES DE LA
PERSONNE FRAGILE PRÉVUES
DU 1^{ER} JUIN AU 15 SEPTEMBRE**

(COCHER LA (LES) CASE(S)
CORRESPONDANTE(S) À
VOTRE SITUATION. PRÉCISEZ
LES DATES ET LES HORAIRES).

Vacances. Précisez les périodes concernées :

- du : ___ juin au ___ juin
 du : ___ juillet au ___ juillet
 du : ___ août au ___ août
 du : ___ septembre au ___ septembre

**Autres absences (accueil de jour, RDV
réguliers...).**

- Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi
 Samedi Dimanche
Horaires : de ___ H ___ à ___ H ___

SANTÉ

COORDONNÉES MÉDECIN TRAITANT

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse du cabinet : _____

Tél. : _____

Services et personnel médicaux
intervenant à votre domicile
dans l'année : _____

Souffrez-vous d'une difficulté d'ordre :

- station debout pénible
 à mobilité réduite fauteuil canne
déambulateur autre _____

Capacité à comprendre : oui non

Observations particulières :

Service d'aide à domicile. Coordonnées du
service : _____

Infirmiers(ères) libéraux (ales). Coordonnées :

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 seniors et des personnes handicapées en cas de risques exceptionnels.

Je soussigné(e), M _____ atteste avoir été informé(e), en qualité de personne vulnérable, parents, tuteur, curatelle, ou autre représentant légal que :

- l'inscription au registre nominatif n'est soumise à aucune obligation et chaque renseignement de ce questionnaire est facultatif ;
- les informations recueillies seront transmises à la commune de Sucy-en-Brie dans le cadre du plan d'alerte et d'urgence au profit des seniors et des personnes handicapées en cas de risques exceptionnels, dispositif d'alerte ponctuelle à la population fragile ;
- cette fiche de renseignements a pour vocation d'aider les services publics mobilisés à me porter assistance en cas de nécessité.

Fait à _____, le _____ Signature

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 **SUCY-EN-BRIE**. Les destinataires des données recueillies sont le Maire, les agents du service de prévention des risques et de gestion de situation de crise de **SUCY-EN-BRIE**, 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 **Madame le Maire - Hôtel de Ville - 2 avenue Georges Pompidou - BP 70001 - 94371 Sucy-en-Brie Cedex**, par courriel à maisondesseniors@ville-sucy.fr

FORMULAIRE À RETOURNER À :
Maison des Seniors : 1 rue des Fontaines 94370 SUCY-EN-BRIE
ou par mail : maisondesseniors@ville-sucy.fr