

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF  
PAR UN TIERS**

prévu à l'article L. 121-6-1 du code de l'action sociale et des familles (\*)

**RUBRIQUE1 :**

Je soussigné(e)

Mme  Mr

Nom : ..... Prénom : .....

agissant en qualité de <sup>(2)</sup> :

- Représentant légal (fournir une copie du jugement)
- Service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile
- Médecin traitant
- Autre.....

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 de :

Mme  Mr

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_

Adresse .....

Code postal : /\_/\_/\_/\_/ Ville : .....

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

- en qualité de personne âgée de 65 ans et plus <sup>(2)</sup>
- en qualité de personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail <sup>(2)</sup>
- en qualité de personne handicapée <sup>(2)</sup>

Médecin traitant (facultatif)

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : /\_/\_/\_/\_/ ..... Ville : .....

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

**Je suis informée que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de ma part.**

<sup>(1)</sup> Les réponses à cette rubrique permettant l'identification du déclarant sont obligatoires

<sup>(2)</sup> Cocher la case correspondant à votre situation

**RUBRIQUE 2** : (facultatif)

Mr/Mme..... bénéficiaire de l'intervention <sup>(2)</sup> :

D'un service d'aide à domicile

Nom : .....

Adresse/ téléphone : .....

D'un service de soins infirmiers à domicile

Nom : .....

Adresse/ téléphone : .....

D'un autre service

Nom : .....

Adresse/ téléphone : .....

D'aucun service à domicile

**RUBRIQUE 3** : (facultatif)

Personnes de l'entourage à prévenir en cas d'urgence :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : /\_/\_/\_/\_/..... Ville : .....

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

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : /\_/\_/\_/\_/..... Ville : .....

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

<sup>(1)</sup> Les réponses à cette rubrique permettant l'identification du déclarant sont obligatoires

<sup>(2)</sup> Cocher la case correspondant à votre situation

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande.

Fait à Lesparre Médoc le.....

Signature

### **DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978**

Lorsque les traitements relatifs à cette demande sont informatisés, ils sont soumis aux dispositions de la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuels.

Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées que :

- 1 - Toutes les réponses aux différents questionnaires ne sont pas obligatoires. Toutefois, un défaut de réponse aux questionnaires obligatoires entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier et l'enregistrement du demandeur.
  - 2 - Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à intervenir sous l'autorité du préfet en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.
  - 3 - En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement. Le droit d'accès s'exerce auprès de tous les destinataires des données collectées.
- Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser, en justifiant de votre identité, à Monsieur le Maire.

#### **CETTE DEMANDE DOIT ÊTRE ADRESSÉE AU CCAS DE LESPARRE MEDOC**

- Directement au bureau du lundi au vendredi (8h30-12h30 et 14h00-17h00)
- Par courrier à l'intention du CCAS 37 Cours du Mal de Lattre de Tassigny  
33.340- LESPARRE MEDOC
- Par mail : [ccas@mairie-lesparre.fr](mailto:ccas@mairie-lesparre.fr)