

**FICHE D'INSCRIPTION AU REGISTRE NOMINATIF
DES PERSONNES VULNERABLES**

Date de réception :

**PLAN D'ALERTE ET D'URGENCE
EN CAS DE RISQUES EXCEPTIONNELS**

Dispositif d'alerte ponctuelle à la population fragile
Prévu par le Code d'action sociale et des familles

L'inscription permet un service personnalisé qui n'exclut aucune
personne à bénéficier des secours.

Cadre réservé à l'administration

Date d'envoi de l'accusé de réception :

Personnes concernées Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____	<input type="checkbox"/> Appartement <input type="checkbox"/> Maison Adresse _____ Etage _____ Porte _____ Codes _____ Téléphone _____ Personne vivant seule au domicile <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Responsable légal Nom : _____ Prénom : _____ Dispose des clés : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Adresse : _____ Téléphone : _____ Lien : _____
Personne à prévenir cas d'urgence Nom : _____ Prénoms : _____ Dispose des clés : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Adresse : _____ Téléphone : _____ Lien : _____
Santé Coordonnées du médecin traitant Nom : _____ Prénom : _____ Téléphone : _____	Evaluation AGGIR : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> n'est pas concerné Souffrez-vous d'une difficulté telle que : <input type="checkbox"/> Station debout pénible <input type="checkbox"/> mobilité réduite <input type="checkbox"/> dépendance <input type="checkbox"/> Déficience auditive <input type="checkbox"/> handicap visuel <input type="checkbox"/> Assistance respiratoire Suivez-vous un traitement : _____ _____ <input type="checkbox"/> Observations particulières : _____
Absences du domicile	Absences régulières - Lundi : _____ - Vendredi : _____ - Mardi : _____ - Samedi : _____ - Mercredi : _____ - Dimanche : _____ - Jeudi : _____ Absences Prévues Précisez : _____
Service de téléassistance Par quel organisme : _____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

<input type="checkbox"/> Portage de repas : Par quel organisme <input type="checkbox"/> Mairie <input type="checkbox"/> Autre Précisez _____	Portage de repas assuré le(s) : <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Samedi <input type="checkbox"/> Mercredi <input type="checkbox"/> Dimanche <input type="checkbox"/> Jeudi Dispose de clés : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Aide à domicile : Par quel organisme <input type="checkbox"/> Mairie <input type="checkbox"/> Autre Précisez _____	Jours et heures d'intervention : <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Samedi <input type="checkbox"/> Mercredi <input type="checkbox"/> Dimanche <input type="checkbox"/> Jeudi Dispose de clés : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Soins infirmiers à domicile : Par quel organisme <input type="checkbox"/> Mairie <input type="checkbox"/> Autre Précisez _____	Jours et heures d'intervention : <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Samedi <input type="checkbox"/> Mercredi <input type="checkbox"/> Dimanche <input type="checkbox"/> Jeudi Dispose de clés : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Autre intervenant : Nom _____ Prénom _____ Téléphone _____	Jours et heures d'intervention : <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Samedi <input type="checkbox"/> Mercredi <input type="checkbox"/> Dimanche <input type="checkbox"/> Jeudi Dispose de clés : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Observations particulières _____ _____	

Je soussigné(e), Mme, M.....atteste avoir été informé(e) en qualité de personne vulnérable, parents, tuteur, curateur, ou autre représentant légal de Mme, M....., 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 Livry-Gargan dans le cadre du plan d'alerte et d'urgence au profit des personnes âgées 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.
 - ▶ 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.
- Je souhaite être contacté quotidiennement par téléphone dans le cadre de la mise en place du plan canicule et lors du recours au registre des personnes vulnérables.

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 est le maire de Livry-Gargan, Président du Centre Communal d'Action sociale. Les destinataires des données recueillies sont le Maire, les agents des services concourants la prévention des risques et de gestion de situation de crise de la ville et du CCAS de Livry-Gargan, 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 la mairie de Livry-Gargan-3 Place François Mitterrand- 93190 Livry-Gargan ou par courriel à CourrierMaire@livry-gargan.fr