



Demande d'inscription / Année 2024
REGISTRE NOMINATIF COMMUNAL DES PERSONNES VULNERABLES
PLAN D'ALERTE ET D'URGENCE

SI INSCRIPTION FAITE PAR UN TIERS	Nom du tiers :	Tél :
Qualité :	Prénom :	Email :

PERSONNE À INSCRIRE AU REGISTRE

M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/>	Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Email :	@
Téléphone mobile :	Téléphone fixe :	
Adresse :		
Code postal : 06140	Commune : Tourrettes-sur Loup	

VOLONTÉ DE LA PERSONNE : <input type="checkbox"/> demande à être inscrit(e) sur le registre nominatif communal <input type="checkbox"/> demande à être réinscrit(e) sur le registre nominatif communal	EN QUALITÉ DE : (sélectionnez les cases correspondant à votre situation) <input type="checkbox"/> Personne résidant à mon domicile Seule <input type="checkbox"/> en couple <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> Personne de 65 ans et plus <input type="checkbox"/> Personne de plus de 60 ans et reconnue inapte au travail <input type="checkbox"/> Adulte en situation de handicap
---	--

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

La ou les personnes à contacter en cas d'urgence doivent être informée(s) par vos soins de leurs désignations. Elles doivent être facilement joignables et pouvoir intervenir rapidement auprès de vous.

Avez-vous des enfants : Oui Non domicilié(s) à Tourrettes-sur-Loup à proximité hors Alpes-Maritimes

1^{re} personne	Tél. mobile :	Nom :	Prénom :
	Tél. fixe :	Qualité :	
2^e personne	Tél. mobile :	Nom :	Prénom :
	Tél. fixe :	Qualité :	
Médecin traitant	Tél :	Nom :	

SERVICES & INTERVENANT(S) À DOMICILE

<input type="checkbox"/> Téléalarme	Tél :	Organisme :
<input type="checkbox"/> Portage de repas	Tél :	Organisme :
<input type="checkbox"/> Aide à domicile	Tél :	Organisme :
<input type="checkbox"/> Soins infirmiers	Tél :	Organisme :

Êtes-vous bénéficiaire de l'Allocation Personnalisée Autonomie - APA : oui non
Êtes-vous suivi(e) par le Service Social du Département oui non

En sollicitant son inscription au registre nominatif communal, la personne à inscrire certifie :

être informée que cette inscription est facultative et que sa radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande écrite de sa part auprès du CCAS de Tourrettes-sur-Loup ;

que cette inscription résulte d'une démarche volontaire de sa part et qu'elle prend note que ses données seront exclusivement utilisées pour permettre l'intervention ciblée des services sanitaires et sociaux ;

s'engager à répondre aux appels des membres de la cellule de crise dans le cadre de la veille sociale et sanitaire mise en œuvre :

- sous l'autorité du maire, en application du plan communal de sauvegarde,
- sous l'autorité du préfet, en application du plan départemental d'alerte et d'urgence,
- afin de permettre des contacts périodiques et recevoir les conseils et l'assistance nécessaires.

Fait à Tourrettes-sur-Loup, le :
Signature de la personne à inscrire :

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les données à caractère personnel communiquées par vos soins sur ce formulaire d'inscription sont enregistrées dans un fichier informatique destiné à renseigner le Registre nominatif des personnes vulnérables institué par la commune en application de l'article L116-3 du Code de l'action sociale et des familles. Vous disposez du droit d'accès aux données vous concernant, de celui de les faire rectifier en cas d'inexactitude, de faire valoir votre droit à la limitation du traitement et à la portabilité de vos données. Pour toute question relative à vos droits, vous pouvez contacter le CCAS, ou notre délégué à la protection des données : dpo@sictiam.fr ou introduire une réclamation auprès de la CNIL www.cnil.fr.

CCAS de TOURETTES-SUR-LOUP Place Maximin Escalier- 06140 Tourrettes-sur-Loup

Tél 04.93.59.40.75- Lundi 8h -12h / 13h-16h30. Mardi et jeudi 8h-12h

Le formulaire d'inscription complété peut être déposé au guichet d'accueil du CCAS,
ou renvoyé par mail à ccas@tsl06.fr ou par voie postale à l'adresse du CCAS.