



FORMULAIRE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE PLAN CANICULE POUR LES PERSONNES FRAGILES

1^{ère} demande : ()

renouvellement : ()

Identité de la ou des personnes du foyer

| | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Nom | Nom |
| Prénom | Prénom |
| Date de naissance/...../..... | Date de naissance/...../..... |
| Adresse : | |
| Code postal et ville : | |

Tél. fixe :

Tél. portable :

Serez-vous absent(e)(s) cet été ? :

Oui () Non ()

Si oui veuillez préciser du : au :

Informations importantes concernant la ou les personnes

Réside seule à son domicile :

Oui () Non ()

| Prestataire | Nom du service et téléphone | Jours de passage dans la semaine |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| Services à domicile | | |
| Soins médicaux | | |
| Autres : téléassistance... | | |

() ne bénéficie d'aucune aide

Nom du médecin traitant :Tél. :

Personne(s) à contacter en cas d'urgence

| | |
|--|---|
| Mr/Mme | Tél. fixe : |
| | Tél. portable : |
| <u>Lien avec la/les personnes :</u> | |
| (<input type="checkbox"/>) Enfant | (<input type="checkbox"/>) Voisin |
| (<input type="checkbox"/>) Ami | (<input type="checkbox"/>) Autre (préciser) |
| Adresse : | |
| Code postal et ville : | |
| Si absence de la personne à contacter entre le 1 ^{er} juin et le 31 août veuillez indiquer les dates : | |

Mr/Mme Tél. fixe :
Tél. portable :

Lien avec la/les personnes :

Enfant Voisin Ami Autre (préciser)

Adresse :

Code postal et ville :

Si absence de la personne à contacter entre le 1^{er} juin et le 31 août veuillez indiquer les dates :

.....

Je soussigné(e)

NOM :

PRENOM :

ETRE : la personne pour qui l'inscription est demandée

être proche de la personne pour qui l'inscription est demandée

(Précisez votre lien de parenté ou vos liens avec la personne pour qui l'inscription est demandée)

.....

Cette inscription est facultative et la radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande.

***Si vous avez une difficulté pour remplir le document n'hésitez pas à contacter le service
au 02 51 65 15 58.***

Mortagne Sur Sèvre le/...../.....

Signature :



***Le présent questionnaire est à adresser ou à déposer : CCAS Mortagne-sur-Sèvre
Place de la mairie / BP 21037
85291 MORTAGNE-SUR-SEVRE
Ou par mail : service.social@mortagnesursevre.fr***

Les données à caractère personnel collectées vous concernant sont nécessaires pour traiter ce questionnaire. Elles sont destinées au Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de la Mairie de Mortagne sur Sèvre et seront conservées pendant deux (2) ans à compter du dernier dossier validé en vertu des dispositions légales en vigueur (Article 6-5 de la loi n°78-17 modifiée). Conformément au RGPD, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et à la portabilité de vos données. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant au CCAS de la Commune.