



## FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF

Prévu à l'Article L.121-6-1 du code de l'Action Sociale et des Familles

### BULLETIN D'INSCRIPTION 2023

*L'inscription des personnes isolées les plus fragiles (personnes âgées, personnes adultes handicapées) domiciliées sur la commune de Gaillon, est souhaitable afin de leur apporter conseils et assistance en cas d'évènements exceptionnels (canicule, grand froid, épidémies ...)*

*Pour vous-même ou l'un de vos proches ou voisin, vous pouvez contribuer à ce geste de prévention et de solidarité citoyenne en complétant ce document.*

#### Document confidentiel à remplir en LETTRES MAJUSCULES, soit :

- Par la personne âgée ou handicapée,
- Par un tiers (représentant légal, intervenant médico-social, entourage, parent, ami).

Et à adresser, déposer ou envoyer par mail au

CCAS - Ville de GAILLON - 2 rue Général de Gaulle - 27600 GAILLON - email : [mgbasile@ville-gaillon.fr](mailto:mgbasile@ville-gaillon.fr)

#### 1. IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE

M.  Mme

NOM : ..... PRENOM : .....

NÉ(E) LE : ..... à .....

ADRESSE.....

.....

TÉLÉPHONE : ..... SITUATION FAMILIALE : isolé(e)  couple

**Je sollicite mon 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.**

Je demande mon inscription :  En qualité de personne âgée de 65 ans et plus

En qualité de personne âgée de 60 ans, reconnue inapte au travail

En qualité de personne handicapée

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

#### 2. REFERENCES DU PROFESSIONNEL MEDICO SOCIAL INTERVENANT A VOTRE DOMICILE OU EN CONTACT AVEC VOUS

Je déclare bénéficiaire de l'intervention :

D'un service d'aide à domicile (auxiliaire de vie, soins infirmiers, portage repas ...)

Intitulé (s) du ou/des service(s) et n° de tel :

.....

.....

.....

**PERSONNES DE VOTRE ENTOURAGE A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE**

① NOM/Prénom : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : .....

② NOM/Prénom : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : .....

**3. MENTION DE VOS PERIODES D'ABSENCE ENTRE JUIN ET SEPTEMBRE 2022**

**Important : veuillez préciser les dates de vos absences prévues entre le 1<sup>er</sup> juin et le 15 septembre 2022 (en cas de changement de dates, merci de nous le signaler au 02 32 77 50 15) cela nous évite de tenter de vous contacter et d'envoyer des secours.**

- Absences en juin : .....
- Absences en juillet : .....
- Absences en août : .....
- Absences en septembre : .....

**4. SI LE BULLETIN EST REMPLI POUR LE BÉNÉFICIAIRE PAR UN TIERS, VEUILLEZ PRÉCISER VOS COORDONNÉES :**

M.  Mme

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE.....

TÉLÉPHONE : .....

Agissant en qualité de :

- Représentant légal  Médecin traitant
- Service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile
- Autre : ..... (merci de préciser)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande.  
Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler au CCAS toute modification concernant ces informations, aux fins de mettre à jour les données permettant de me contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.

**Dans le cadre du plan de sécurité et de prévention mis en place par le CCAS de Gaillon, j'accepte que mes coordonnées (nom et adresse) soient également transmises à la Police Municipale pour permettre la visite des agents à mon domicile pendant la période estivale.**

Fait à ..... le .....  
Signature obligatoire

*Les informations communiquées ont pour seul objet le plan d'alerte et d'urgence départemental. Elles restent confidentielles et sont destinées exclusivement à l'usage du Centre Communal d'Action Sociale de la ville de Gaillon, responsable de leur traitement. Elles seront traitées en conformité avec la Loi du 06/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.*