



GAILLON

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 2026

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).

1. IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE

M. Mme Couple

NOM : PRENOM (s) :

Date(s) de Naissance : M __ / __ / __ __ Mme __ / __ / __ __

ADRESSE.....

.....

TÉLÉPHONE fixe : __ / __ / __ / __ / __ Mobile : __ / __ / __ / __ / __

Autorise la Commune à m'inscrire

Demande à la Commune l'inscription de la personne mentionnée ci-dessus

sur le registre nominatif des personnes âgées ou handicapées (à partir de 60 ans) créé dans le cadre du Plan de Gestion d'une Canicule.

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

2. SANTÉ

Avez- vous des problèmes de santé (surdité, diabète...) ? OUI NON

Si oui, lesquels.....

Pouvez-vous indiquer les noms et numéro de téléphone si vous bénéficiez :

d'un médecin traitant :.....

de soins infirmier à domicile :.....

des services d'une aide à domicile :.....

des services de portage de repas :.....

d'un dispositif de téléalarme :.....

Etes-vous équipé(e) :

d'un ventilateur :

d'un climatiseur :

3. PERSONNES DE VOTRE ENTOURAGE A PREVNIER EN CAS D'URGENCE

① NOM/Prénom :

Adresse :

Téléphone : __ / __ / __ / __ / __

② NOM/Prénom :

Adresse :

Téléphone : __ / __ / __ / __ / __

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

Autre (merci de préciser) :

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 la ville 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 par 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.