

**BULLETIN D’INSCRIPTION 2023**

**FORMULAIRE DE DEMANDE D’INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF**

Prévu à l’article L.121-6-1du code de l’action sociales et des familles

**Bulletin 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 retourner à la mairie : 9 rue de la Vallée – 45390 AULNAY-LA-RIVIÈRE**

**1 – IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE**

M. □ Mme □

Nom : …………………………………. Prénom(s) : ……………………………………………………….........

Né(e) le : …… \ ........\ .......... à …………………………………………………………………………………..

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Téléphone : ……………………………….. Situation Familiale : isolé(e) □ couple □ en famille □

Nb d’enfants à charge : ………………………………… Leur âge : ………………………………

**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 plus de 60 ans, reconnue inapte au travail 65 ans et plus

□ 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 – RÉFÉRENCES DU SERVICE MÉDICAL OU SOCIAL INTERVENANT À VOTRE DOMICILE OU EN CONTACT AVEC VOUS**

**Mon médecin traitant : ………………………………………………………………………………………………………………**

Je déclare bénéficier de l’intervention :

□ d’un service d’aide à domicile

Intitulé du service : ………………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Téléphone : ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

□ d’un service de soins infirmiers à domicile :

Intitulé du service : ………………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Téléphone : ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

□ d’un autre service

Intitulé du service : ………………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Téléphone : ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

□ d’aucun service

**3 – PERSONNES DE VOTRE ENTOURAGE À PRÉVENIR EN CAS D’URGENCE**

NOM / Prénom(s) : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Téléphone : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

NOM / Prénom(s) : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Téléphone : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**4 – MENTION DE VOS PÉRIODES D’ABSENCE ENTRE JUIN ET SEPTEMBRE 2023**

***IMPORTANT – veuillez préciser les dates de vos absences prévues entre le 1er juin et le 15 septembre 2024 (si ces dates changent, nous vous remercions de nous le signaler en appelant la mairie – 02 38 39 10 07.***

* Absences en juin : ……………………………………………………………………………………………………………………………
* Absences en juillet : ………………………………………………………………………………………………………………………..
* Absences en août : ………………………………………………………………………………………………………………………….
* Absences en septembre : ………………………………………………………………………………………………………………..

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

M. □ Mme □

Nom : ……………………………………………………………………… Prénom : ……………………………………………………………….

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Téléphone : …………………………………………………

Agissant en qualité de :

□ Représentant légal

□ Service d’aide à domicile ou de service de soins infirmiers à domicile

□ Médecin traitant

□ Autre : …………………………………………………… (merci de le 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 aux services municipaux 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.

 **Fait à Aulnay-La Rivière, 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, responsable de leur traitement. Elles seront traitées en conformité avec la loi du 06/01/1978 relative à l’informatique.