

**Je demande mon inscription sur le registre des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan Canicule.**

Le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature

La demande a été faite par :

- La personne elle-même  
 Autre

Nom Prénom .....

Qualité (voisin, parent,...).....

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.

Merci de nous faire un retour de cette fiche d'inscription par voie postale ou email :

**CCAS**  
**106 rue de la Liberté**  
**11210 PORT LA NOUVELLE**  
[ccaspln@mairiepln.com](mailto:ccaspln@mairiepln.com)

Pour toute information vous pouvez vous adresser au CCAS par téléphone au : 04.68.40.30.23

---

Toutes les données recueillies par ce formulaire sont facultatives. Elles font l'objet d'un traitement informatique uniquement destiné à aider les pouvoirs publics dans la mise en place d'un dispositif d'alerte ponctuelle au bénéfice de la population fragile et l'organisation des secours déclenchés en cas de nécessité. Le responsable de ce registre nominatif, mis à jour chaque année, est le Maire de Port La Nouvelle. Les destinataires des données recueillies sont le Maire, les agents du CCAS, ainsi que, sur sa demande, le Préfet.

Conformément au règlement général sur la protection des données personnelles (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de limitation du traitement des données, en vous adressant par courrier à l'adresse suivante : mairie de Port la Nouvelle, Place du 21 juillet 1844 – BP 59 – 11210 PORT LA NOUVELLE



# CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

### REGISTRE DES PERSONNES VULNERABLES

Nom Prénom : .....

Adresse complète : .....

Date de Naissance : .....

.....

Téléphone 1 : .....

.....

Téléphone 2 : .....

.....

Personne en situation de handicap

OUI

NON

Vivez-vous seul (e)

OUI

NON

Avez-vous des contacts réguliers de vos proches, voisins

OUI

NON

Etes-vous adhérent du club Rivage d'Or ou autre (précisez)

OUI

NON

.....

Portage des repas

OUI

NON

Téléassistance

OUI

NON

Devez-vous vous absenter de votre domicile pendant l'été ?

OUI

NON

Si oui à quelle(s) date (s) .....

### FICHE CONTACT

#### PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom Prénom .....

Qualité (parents, voisin...) .....

Téléphone 1.....

Téléphone2 .....

Nom Prénom .....

Qualité (parents, voisin...) .....

Téléphone 1.....

Téléphone2 .....

#### SERVICE OBLIGATOIRE

(Tuteur – Curateur - Mandataire)

Nom de l'Association

.....

Téléphone .....

#### SERVICE A DOMICILE

Nom de la structure

.....

Téléphone .....

#### INFIRMIER (régulier)

Nom .....

Téléphone .....

Téléphone .....

#### MEDECIN TRAITANT

Docteur.....

Téléphone .....

#### AUTRES RENSEIGNEMENTS UTILES :

.....

.....