



FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU REGISTRE MUNICIPAL DES PERSONNES VULNÉRABLES

Je sollicite, par la présente, mon inscription au registre des personnes vulnérables de la ville d'Achères.

J'accepte d'être contacté par le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence consécutif à une situation exceptionnelle de risques climatiques et sanitaires (canicule, crise sanitaire...).

VOUS :

Nom :

Prénom :

Né(e) le : ___/___/___

Adresse :

Téléphone fixe :/...../...../...../.....

Courriel :

VOTRE CONJOINT :

Nom :

Prénom :

Né(e) le : ___/___/___

Téléphone :/...../...../...../.....

Situation de famille :

Seule En couple En famille En résidence autonomie

Vous êtes :

Une personne âgée de 65 ans et plus.

Une personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail.

Une personne en situation de handicap reconnue par la MDPH (AAH, ATCP, PCH).

Enfants :

Oui Non Si oui, à proximité Éloignés

Période d'absence de votre domicile :

Avez-vous prévu d'être absent(e) de votre domicile ?

Oui Non

Si oui, précisez-la ou les période(s) :

Du ___/___/___ au ___/___/___ inclus.

Du ___/___/___ au ___/___/___ inclus.

Coordonnées de votre famille ou de vos proches, en cas d'urgence (obligatoire) :

Nom :

Prénom :

Lien :

Adresse :

Tél fixe :/...../...../...../.....

Tél professionnel :/...../...../...../.....

Portable :/...../...../...../.....

Nom :

Prénom :

Lien :

Adresse :

Tél fixe :/...../...../...../.....

Tél professionnel :/...../...../...../.....

Portable :/...../...../...../.....



Nom :
Prénom :
Lien :
Adresse :
Tél fixe :/...../...../.....
Tél professionnel :/...../...../.....
Portable :/...../...../.....

Nom :
Prénom :
Lien :
Adresse :
Tél fixe :/...../...../.....
Tél professionnel :/...../...../.....
Portable :/...../...../.....

Interventions dont vous bénéficiez :

Service d'aide à domicile :
Intitulé du service :
Adresse :
Téléphone :/...../...../.....

Portage de repas
Intitulé du service :

Service de soins infirmiers
Intitulé du service :
Adresse :
Téléphone :/...../...../.....

Téléassistance
Intitulé du service :
Téléphone :/...../...../.....

Médecin traitant
Nom :
Adresse :
Téléphone :/...../...../.....

Autres services
Intitulé du service :
Adresse :
Téléphone :/...../...../.....

À Achères, le ___/___/_____

Signature obligatoire :

Merci de remettre ce formulaire à :

ACCUEIL DE L'ESPACE FAMILLES

25 rue du 8 mai 1945
78260 ACHÈRES

Pour toutes informations vous pouvez vous adresser au CCAS par téléphone au :
01 39 79 64 00

Les données collectées directement auprès de vous font l'objet d'un traitement automatisé ayant pour objet votre inscription au fichier des personnes vulnérables géré par le CCAS d'Achères. Ces informations sont à destination exclusive du CCAS d'Achères.

Conformément à la réglementation en matière de protection des données à caractère personnel (loi du 6 janvier 1978 modifiée et Règlement Général sur la Protection des données n°2016/679), vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'opposition et d'effacement de vos données personnelles, en contactant le délégué à la protection des données :

- par courrier à : DPO/Service Informatique - Hôtel de Ville 8 rue Deschamps Guérin 78260 Achères

- par mail à : dpo@mairie-acheres78.fr

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.