



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

ou par mail à maintienadomicile@mairie-acheres78.fr

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.