

FORMULAIRE D'INSCRIPTION À L'ANNUAIRE OPÉRATIONNEL PLAN COMMUNAL DE SAUVEGARDE

Bénéficiaire

Sollicite mon inscription sur l'annuaire opérationnel des personnes à contacter en cas de déclenchement du Plan Communal de Sauvegarde, en qualité de ma personne :

- De plus de 65 ans De plus de 60 ans inapte au travail Adulte en situation de handicap

Nom - Prénom _____ Date de naissance _____

Adresse _____ 17138 PUILBOREAU

Tél fixe _____ Portable _____

Nombre de personnes vivant au foyer : _____

J'indique être :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sous assistance respiratoire | <input type="checkbox"/> À mobilité réduite |
| <input type="checkbox"/> Sous assistance d'un appareillage électrique | <input type="checkbox"/> Sous dialyse |
| <input type="checkbox"/> Personne isolée | <input type="checkbox"/> Personne immobilisée (alitée) |
| <input type="checkbox"/> Personne malade | <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : |

Dans quel type de logement vivez-vous ? Maison Appartement (Étage : _____)

Avez-vous un animal de compagnie ? Oui : _____ Non

Avez-vous un moyen de locomotion ? Oui Non

Famille/Amis/Voisins

Personne(s) de votre entourage à contacter en cas de besoin :

① Nom/Prénom _____ Adresse : _____

Tél : _____ Lien avec vous : _____

② Nom/Prénom _____ Adresse : _____

Tél : _____ Lien avec vous : _____

Prise en charge sanitaire et sociale

Coordonnées du médecin traitant :

Nom du médecin traitant _____ Téléphone _____

Adresse : _____

Je certifie bénéficiaire :

D'un service de soins infirmiers à domicile – Nom : _____

Téléphone _____

D'un service d'aide à domicile – Nom : _____

Téléphone _____

D'un autre service à domicile (portage de repas, téléalarme, ...) – Nom : _____

Téléphone _____

D'aucun service à domicile

Je soussigné(e), M ou Mme _____ atteste avoir été informé(e) que :

- L'inscription à l'annuaire opérationnel n'est soumise à aucune obligation et chaque renseignement de ce questionnaire est facultatif ;
- Ma radiation de l'annuaire peut être effectuée à tout moment sur simple demande de ma part ;
- Les informations recueillies seront transmises à la commune de Puilboreau dans le cadre du Plan Communal de Sauvegarde (PCS), dispositif permanent et général d'alerte à la population ;
- Cette fiche de renseignements a pour vocation d'aider les services publics mobilisés à me porter assistance en cas de nécessité.

Fait à _____, le _____

Signature

Si la demande d'inscription est formulée par un tiers

Nom – Prénom _____

Adresse _____

N° de téléphone _____ Lien _____

Formulaire d'inscription à retourner à l'adresse suivante

Adresse postale : Centre Communal d'Action Sociale – BP 10113 - 17285 PUILBOREAU CEDEX

Mail : ccas1@ville-puilboreau.fr – 05 46 68 99 77

Où à déposer à la Maison du Puilborain – 2A, rue Villeneuve – 17138 PUILBOREAU

Toutes les données recueillies par ce formulaire sont facultatives. Elles font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'organisation des secours déclenchés en cas de nécessité. Le responsable de cet annuaire nominatif, mis à jour chaque année, est le Maire de Puilboreau. Les données ne sont destinées qu'à la Mairie de Puilboreau, aux agents du CCAS, aux agents de la police municipale, ainsi que, sur sa demande, au préfet. La loi du 6 Août 2004 modifiant la loi du 06/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous accorde un droit d'accès, d'opposition et de rectification des données à caractère personnel

Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au CCAS - 05 46 68 99 77 – ccas1@ville-puilboreau.fr