



## DEMANDE D'INSCRIPTION

### LE REGISTRE NOMINATIF DES PERSONNES VULNERABLES

(Prévu à l'article L.121-6-1 du code de l'action sociale et des familles)

#### **PERSONNE (S) À INSCRIRE :**

*Bénéficiaire 1*

*Bénéficiaire 2*

NOM : .....

NOM : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : .....

Date de Naissance : .....

Adresse : .....

..... 83990 Saint-Tropez

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Adresse mail : .....

Situation familiale : isolé  en couple  en famille

#### **Pour mieux connaître votre situation, merci de renseigner les éléments ci-dessous :**

• Y-a-t' il un service à domicile qui intervient chez vous ?  OUI  NON

Quel service ? (infirmière, aide-ménagère, assistante de vie)

.....

• Nom de la personne (ou entreprise) qui se rend chez vous :

• N° de téléphone de la personne (ou entreprise) qui se rend chez vous :

• Etes-vous bénéficiaire de la téléassistance ?  OUI  NON

• Nom du médecin traitant : .....

#### **PERSONNE 1 À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE :**

Nom : ..... Prénom : .....

Lien avec le bénéficiaire: ..... Téléphone fixe : .....

Téléphone portable : ..... Mail : .....

Adresse : .....

.....

#### **PERSONNE 2 À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE :**

Nom : ..... Prénom : .....

Lien avec le bénéficiaire: ..... Téléphone fixe : .....

Téléphone portable : ..... Mail : .....

Adresse : .....

.....

**SI LA DEMANDE EST FAITE PAR UN TIERS**

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Adresse : .....

*En qualité :*

- Représentant légal (tuteur, curateur)       Service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile  
 Enfants       Médecin traitant  
 Autres (préciser) : .....

***Sollicite (ons) mon (notre) inscription au 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.***

En qualité de :

*Bénéficiaire 1*

*Bénéficiaire 2*

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Personne âgées de 65 ans et plus                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Personne âgées de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Personne handicapée  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

J'atteste (nous attestons) sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la demande.

Je suis informé(e), (nous sommes informés) :

- qu'il m'(nous) appartient de signaler aux services municipaux toute modification concernant ces informations,

afin de mettre à jour les données permettant de me (nous) contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.

- que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de ma part (notre part).

**Protection de vos données personnelles :**

Les informations recueillies sur ce formulaire sont utilisées exclusivement par le personnel habilité de la Ville de Saint-Tropez et de son CCAS. La base légale du traitement est l'obligation légale art. L121-6-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Celles-ci sont collectées dans le cadre du plan d'alerte et d'urgence départementale en cas de risques exceptionnels. Ces données seront conservées le temps du traitement de votre demande, puis archivées conformément à la réglementation en vigueur. Pour exercer vos droits d'accès, de rectification ou de limitation relatifs au traitement de vos données personnelles, contactez le délégué à la protection des données personnelles : [dpo@golfe-sainttropez.fr](mailto:dpo@golfe-sainttropez.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.

Fait à....., le.....20

Signature(s) du ou des bénéficiaire (s) ou du tiers :