

## **Demande d'inscription au registre communal des personnes vulnérables**

### **Je soussigné(e) :**

Demandeur :

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

44320 Saint Père en Retz

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

Mail : .....

### **Demande à être inscrit(e) sur le registre en qualité de :**

- Personne âgée de plus de 65 ans
- Personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail
- Personne en situation de handicap

### **Médecin traitant :**

Nom : .....

Adresse : .....

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

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande.

Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler au CCAS toute modification de ces informations, pour mettre à jour les données permettant de me contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.

Fait à Saint Père en Retz, le  
(Signature du demandeur obligatoire)

Toutes les données recueillies par ce formulaire sont facultatives. Vos données sont traitées uniquement afin d'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 déclanchés en cas de nécessité (obligation légale, art. L121-6-1 du code de l'action sociale et des familles). Le responsable de ce registre nominatif, mis à jour chaque année, est le Maire de Saint Père en Retz. Les destinataires des données recueillies sont le Maire, les agents du service de prévention des risques et de gestion de situation de crise de Saint Père en retz, ainsi que, sur sa demande, le Préfet.

Conformément à la loi n°78-17 «Informatique et Libertés» et au RGPD, vous disposez de droits d'opposition, d'accès, de rectification et de suppression des données qui vous concernent en vous adressant par courrier à CCAS1, place de la Mairie 44320 Saint Père en Retz ou par courriel à [ccas@saintpereenretz.fr](mailto:ccas@saintpereenretz.fr)

### **Personne à prévenir en cas d'urgence :**

Nom : .....

Prénom : .....

Qualité (fils/fille, ami, voisin) :

Adresse : .....

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

### **Service intervenant à domicile :**

- Je réside seul à mon domicile
- Je bénéficie d'une aide à domicile (Nom de la personne intervenant / du service, n° de téléphone)  
.....
- Je bénéficie de soins infirmiers (Nom de la personne intervenant / du service, n° de téléphone)  
.....
- Je bénéficie d'une autre aide (Nom de la personne intervenant / du service, n° de téléphone)  
.....
- Je ne bénéficie d'aucune aide