



VILLE de MURET

**Centre Communal
d'Action Sociale**

**REPERAGE MUNICIPAL
DES PERSONNES VULNERABLES FACE AU RISQUE
CANICULE**

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF
(prévu à l'article 1.121-6-1 du code de l'action sociale et des familles)

géré par le Centre d'Action Sociale de la Ville de MURET – 1, avenue de l'Europe -
BP 60 207 31605 MURET cedex- Tel : 05 61 51 90 50

DOCUMENT A RETOURNER SI POSSIBLE PAR RETOUR DU COURRIER OU A
DEPOSER DANS NOS LOCAUX OU A REMETTRE AUX AIDES A DOMICILE

Je soussigné(e) * :

Nom et Prénom :né(e) le :

Adresse :

Appt :étage :Téléphone :

Sollicite mon inscription sur le 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 personne âgée de 65 ans et plus
- en qualité de personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail
- en qualité de personne handicapée

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

Vous recevez régulièrement de la visite : Oui Non

• **Si oui**, à quelle fréquence :

- Moins de 2 fois par semaine
- Au moins 2 fois par semaine

• Personnes vous rendant visite :

- Famille
- Voisins/ Amis

(*) Les réponses à cette rubrique permettant l'identification du déclarant sont obligatoires

Je déclare bénéficiaire de l'intervention

- d'un service d'aide à domicile**
intitulé du service.....
téléphone.....
- d'un service de soins infirmiers à domicile**
intitulé du service.....
téléphone.....
- d'un autre service**
intitulé du service.....
téléphone.....
- d'aucun service à domicile**
- de la téléassistance**

Si oui, merci de préciser :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Soins infirmiers							
Aide à domicile							
Portage de repas							
kinésithérapeute							
Autres :							

Etes-vous porteur de prothèses auditives Oui Non

Avez-vous des difficultés pour répondre au téléphone Oui Non

Médecin traitant

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Personne(s) de mon entourage à prévenir en cas d'urgence :
(Veiller à les tenir informées de votre demande)

Nom/Prénom.....

adresse.....

téléphone.....

Précisez le lien (parents/ amis/ voisins...) :

Nom/Prénom.....

adresse.....

téléphone.....

Précisez le lien (parents/ amis/ voisins...) :

En cas de déclenchement du plan, le service vous contactera au moyen d'un téléphone fixe la semaine et d'un téléphone portable le week end.

Merci de nous indiquer vos dates d'absences prévues sur la période du 01/06 au 31/08 :

JUIN	
JUILLET	
AOUT	
SEPTEMBRE	

Souhaitez- vous une visite d'évaluation de vos besoins à domicile ?

Oui Non

Si oui, quels points vous préoccupent plus particulièrement ?

.....
.....
.....
.....

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

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

Fait à....., le..... **Signature :**

CETTE DEMANDE DOIT ETRE ADRESSEE A :

CCAS
1,avenue de l'Europe
BP 60 207
31605 MURET cedex

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Lorsque les traitements relatifs à cette demande sont informatisés, ils sont soumis aux dispositions de la loi « informatique et liberté » du 6 Janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuels.

Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées que :

- 1- Toutes les réponses aux différents questionnaires ne sont pas obligatoires. Toutefois, un défaut de réponse aux questionnaires obligatoires entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier et l'enregistrement du demandeur.
- 2- Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à intervenir sous l'autorité du préfet en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.
- 3- En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement. Le droit d'accès s'exerce auprès de tous les destinataires des données collectées.
- 4- Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser, en justifiant de votre identité, à Monsieur le Maire.