PLAN CANICULE

Formulaire de demande d'inscription sur le registre des risques exceptionnels

Le CCAS de La Rochette établit un recensement des personnes âgées ou en situation de handicap vivant à La Rochette qui souhaitent être contactées.

Ce fichier recense les personnes souhaitant se faire aider en cas de très fortes chaleurs. Lors du déclenchement du plan canicule par le préfet, les services municipaux contactent les personnes inscrites volontairement pour s'assurer de leur état de santé.

L'inscription est basée sur le volontariat. Elle peut être faite par la personne elle-même ou par un tiers (famille, voisins, aidants…)

Vos données sont destinées au Centre Communal d'Action social (CCAS). La base juridique du traitement est le consentement. Elles sont conservées à validité. Conformément à la règlementation 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 retirer votre consentement à tout moment au traitement de vos données ; vous pouvez également exercer vos droits d'accès aux données, de rectification, d'opposition , d'effacement et de portabilité en contactant le Délégué à la Protection des Données Personnelles de la collectivité en envoyant un courriel à mairie@larochette.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.

Informations obligatoires

MADAME
Nom :……..
Prénom :……..
Date de naissance :……

MONSIEUR
Nom :…….
Prénom :…….
Date de naissance :…….

L'inscription est demandée au titre :

- ☐ De personne(s) en situation de handicap
- ☐ De personne(s) âgée de 65 ans et plus

Vous vivez :

☐ Seul(e) ☐ En couple ☐ En famille ☐Autre (précisez)…….

Adresse :……..

…….

Type de logement :

☐ Individuel ☐ Collectif ☐ Collectif avec gardien

Téléphone fixe……...…Téléphone portable……...

Informations complémentaires :			
Personnes à contacter, avec leur accord, par ordre de priorité en cas d'absence de réponse de la personne inscrite sur le registre			
	Priorité 1	**Priorité 2**	**Priorité 3**
NOM			
Prénom			
Qualité (enfant, parent, voisin…)			
Téléphone			

Nom et coordonnées du médecin traitant :
...……
……..
……

Autres informations que vous souhaitez nous communiquer :
……..……..
……
……

Avez-vous une aide à domicile ? ……

Si oui, coordonnées de l'organisme ou de la personne :

……..
……..

Avez-vous la téléassistance ?.....

Fait à La Rochette, le

Signature

Formulaire à compléter et à retourner en mairie ou dans la boite aux lettres :

55 rue Rosa Bonheur
77000 La Rochette
01 64 83 55 55
Par mail : mairie@larochette77.fr

Du lundi au jeudi de 8h30 à 12h15 et de 13h30 à 17h30
Le vendredi de 8h30 à 12h15 et de 13h30 à 15h45