

--Cadre réservé à l'administration

Inscription au RPV Contact téléphonique

Inscription par 1/3 Visite à domicile

Date MAJ : _____

INSCRIPTION REGISTRE DES PERSONNES VULNERABLES

Par la présente, je souhaite m'inscrire ou faire inscrire un proche 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.

Je suis informé(e) :

- Que cette inscription concerne principalement les personnes vulnérables du fait de leur isolement
- Que cette inscription est facultative et qu'une demande de radiation peut intervenir à tout instant sur simple demande
- 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. Une mise à jour annuelle en contactant directement la mairie est conseillée

Les informations fournies dans ce questionnaires sont facultatives. Pour permettre une meilleur intervention de nos services en cas de nécessité, chacune d'entre elle pourra toutefois nous être utile. Nous vous encourageons donc renseigner un maximum d'élément.

1. PERSONNE(S) A INSCRIRE

Conjoint(e) / Concubin(e)

Nom : _____
Prénom : _____
Né(e) le : _____

Pour une meilleure identification et un meilleur contact, vous pouvez joindre à la demande d'inscription, une photographie de la/les personne(s)

Domicile :

Adresse : Marckolsheim

Téléphone :

Vit seul(e) En couple Vit avec l'un des enfants (ou à proximité directe)

Autre (préciser) :

Situation justifiant l'inscription au registre des personnes vulnérables

- Personne(s) du 65 ans et plus résidant à leur domicile,
- Personne(s) âgée(s) de plus de 60 ans reconnues inaptes au travail résidant à leur domicile,
- Personne(s) adulte(s) handicapée(s) *bénéficiant de l'un des avantages prévus au titre IV du livre II du code de l'action sociale et des familles (AAH, ACTP, carte d'invalidité, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé), ou d'une pension d'invalidité servie au titre d'un régime de base de la sécurité sociale ou du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, résidant à leur domicile.*

2. SANTE

| | Personne inscrite 1 | | Conjoint (e) | |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Nom du médecin traitant (téléphone) | _____ | | _____ | |
| Etat de santé nécessitant des soins réguliers | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Se déplace seul dans son logement ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si non, avec quel soutien (fauteuil, canne, déambulateur, conjoint..) | _____ | | _____ | |

SERVICES INTERVENANT REGULIEREMENT A DOMICILE

En cas de déclenchement du plan de vigilance et d'alerte, nous pourrions être amenés à solliciter les intervenants du secteurs pour nous assurer de votre état

| |
|--|
| Service : (Infirmière, kiné, aide à domicile – entreprise) : |
| Nom : Prénom : |
| Téléphone : |
| Fréquence et jours d'intervention : |
| |

| |
|--|
| Service : (Infirmière, kiné, aide à domicile – entreprise) : |
| Nom : Prénom : |
| Téléphone : |
| Fréquence et jours d'intervention : |
| |

| |
|--|
| Service : (Infirmière, kiné, aide à domicile – entreprise) : |
| Nom : Prénom : |
| Téléphone : |
| Fréquence et jours d'intervention : |
| |

| |
|--|
| Service : (Infirmière, kiné, aide à domicile – entreprise) : |
| Nom : Prénom : |
| Téléphone : |
| Fréquence et jours d'intervention : |
| |

3. MODALITES DE CONTACT

En cas de déclenchement d'un plan de vigilance ou d'une simple veille des personnes vulnérables, la personne accepte d'être contactée

- par téléphone Oui Non
- à l'occasion de visite(s) à domicile Oui Non

La personne est informée qu'il lui appartient de signaler aux services municipaux toute période d'absence prolongée, ou hospitalisation expliquant son absence et défaut de réponse en cas de tentative de contact.

Observations utiles en cas de contact *(ex : période de vacances et d'absences régulières, entrée par l'arrière de la maison...)*:

.....
.....

4. EN CAS D'URGENCE

| | |
|------------------|--|
| CONTACT 1 | Nom : Prénom : |
| | Qualité : <input type="checkbox"/> Famille (préciser) <input type="checkbox"/> Voisin <input type="checkbox"/> Ami(s) <input type="checkbox"/> Autre (préciser) |
| | Téléphone(s) : |
| | Adresse : |
| | |

| | |
|------------------|--|
| CONTACT 2 | Nom : Prénom : |
| | Qualité : <input type="checkbox"/> Famille (préciser) <input type="checkbox"/> Voisin <input type="checkbox"/> Ami(s) <input type="checkbox"/> Autre (préciser) |
| | Téléphone(s) : |
| | Adresse : |
| | |

| | |
|------------------|--|
| CONTACT 3 | Nom : Prénom : |
| | Qualité : <input type="checkbox"/> Famille (préciser) <input type="checkbox"/> Voisin <input type="checkbox"/> Ami(s) <input type="checkbox"/> Autre (préciser) |
| | Téléphone(s) : |
| | Adresse : |
| | |

Avez vous confié un trousseau de clés à quelqu'un ? Oui Non

A qui ? Contact 1 Contact 2

Autre Nom - Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Lien :

6. MODALITES D'INSCRIPTION

INSCRIPTION PAR UN TIERS :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone(s) :

Qualité : Famille (préciser) Voisin Ami(s)

Autre (préciser)

Représentant Légal

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

J'accepte que les données renseignées fassent l'objet d'un traitement informatisé selon les modalités décrites ci après.

Fait à le Signature : ,

ACCORD DE LA PERSONNE INSCRITE

Je soussigné(e), Mme, M

Atteste avoir été informé(e), en qualité de personne vulnérable que :

l'inscription au registre nominatif n'est soumise à **aucune obligation** et **chaque renseignement** de ce questionnaire est **facultatif** ;

En cochant cette case, je déclare avoir pris connaissance et accepte sans réserve que les informations personnelles portées sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé selon les modalités décrites ci après.

Fait à le..... Signature : ,

Traitement informatisé des données :

Toutes les données recueillies par ce formulaire sont facultatives et pourront faire l'objet d'une mise à jour par les personnes intéressées ou par les services de la commune. Elles font l'objet d'un traitement informatique uniquement destiné à aider les pouvoirs publics dans la mise en place d'un dispositif permanent et général d'alerte à la population et l'organisation des secours ou services de vigilance déclenchés en cas de nécessité (ex : canicule). Elles sont recueillies et utilisées par la mairie dans des conditions garantissant leur confidentialité. Dans le cadre de ce traitement, vous êtes informé(e)s que la Ville peut procéder à des recherches d'informations dans d'autres bases de données de la ville pour faciliter la prise de contact après plusieurs tentatives infructueuses. Ces informations peuvent être des numéros de téléphone de contact, données d'état civil ou coordonnées de résidence-sénior.

Elles sont conservées dans un fichier établi en application des modalités fixées au décret 2004-926 du 1er septembre 2004 et le décret n°2005-1135 du 7/9/05, et inscrites au registre des traitements de la Ville de Marckolsheim selon. Les données sont conservées 2 ans après le dernier contact avec la personne faisant l'objet de l'accompagnement

Les destinataires des données recueillies sont le Maire, les services sociaux de la mairie de Marckolsheim, les agents du service de prévention des risques et de gestion de situation de crise de la commune, ainsi que, sur sa demande, le Préfet. Les données recueillies sont conservées

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 la mairie ou par courriel à mairie@marckolsheim.fr et en précisant en objet de votre mail exercice de mes droits RGPD



26 rue du Maréchal Foch \ BP 23 \ 67390

T. 03 88 58 62 20 \ F. 03 88 74 96 25

mairie@marckolsheim.fr \ www.marckolsheim.fr