

RECENSEMENT DES PERSONNES VULNERABLES

Commune d'Etoile sur Rhône - 2018

1/ INSCRIPTION EN VOTRE NOM

Nom

Prénom

Adresse

Date de naissance

Téléphone OBLIGATOIRE

Informations complémentaires que vous jugez utiles de nous préciser :

2/ PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom

Prénom

Adresse

Date de naissance

Téléphone OBLIGATOIRE

3/ EN CAS D'INCAPACITE, INSCRIPTION PAR UN TIERS

Je, soussigné(e) :

Nom

Prénom

Agissant en qualité de représentant légal
 service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile
 médecin traitant
 autre :

sollicite l'inscription de :

Nom

Prénom

Adresse

Date de naissance

Téléphone fixe OBLIGATOIRE

Informations complémentaires que vous jugez utiles de nous préciser :

Sur le registre des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan communal de sauvegarde (PCS) consécutif à une situation de risques exceptionnels, climatiques ou autres.

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 Centre Communal d'Action Social (CCAS), toute modification concernant ces informations.

Les données recueillies sont centralisées par le CCAS d'Etoile sur Rhône. Conformément à la législation en vigueur, elles sont susceptibles d'être transmises au Maire ainsi qu'à la Préfecture en cas de déclenchement du plan communal de sauvegarde.

Le droit d'accès, de modification et de suppression des données vous concernant est à effectuer auprès du service Accueil / CCAS de la Mairie.

Fait à _____ le (jj/mm/aa) : ___ / ___ / ___

Prénom Nom _____

Signature

**Mairie d'Etoile sur Rhône
CCAS
45 Grande Rue
26800 Etoile sur Rhône
Tél : 04 75 60 69 90
Mail : ccas@mairie-etoilesurhone.fr**