|  |  |
| --- | --- |
|  | **FICHIER D’INSCRIPTION AU REGISTRE NOMINATIF**Loi n°2004-626 Art L 121-6-1 Relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées**PLAN D’ALERTE ET D’URGENCE****EN CAS DE RISQUES EXCEPTIONNELS** |

L’inscription sur le registre municipal canicule du Centre Communal d’Action Sociale de la ville de Jurançon, permet :

* De vous infirmer par message téléphonique des mesures de prévention,
* De vous alerter par message téléphonique en cas de vague de chaleur,
* De vous proposer des visites de convivialité à domicile durant la période estivale,
* De transmettre vos coordonnées aux services de la Préfecture en cas de déclenchement d’une alerte chaleur exceptionnelle (Plan Communal de Sauvegarde).

|  |  |
| --- | --- |
| **Madame**NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Monsieur** NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ADRESSE** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🕿: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Vous êtes** : 🞏 une personne retraitée 🞏 une personne adulte handicapée

**Type de logement** : 🞏 individuel 🞏 collectif

**Vous vivez seul (e)** : 🞏 oui 🞏 non

Souhaitez-vous une visite de courtoisie par un agent de la commune ? 🞏 OUI 🞏 NON

Souhaitez-vous être appelé par notre service « BRIN DE CAUSETTE » ? 🞏 OUI 🞏 NON

**COORDONNES DE VOTRE MEDICIN TRAITANT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOM Prénom | ADRESSE | TELEPHONE |
|  |  |  |

**PERSONNE DE VOTRE ENTOURAGE A CONTACTER EN CAS DE BESOIN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOM Prénom | ADRESSE | TELEPHONE | LIEN DE PARENTE |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**SERVICES INTERVENANT A VOTRE DOMICILE**

Merci de cocher toutes les cases correspondant à votre situation : « Je déclare bénéficier de l’intervention » :

🞏 D’aucun service à domicile

🞏 Du service de portage de repas du CCAS de Jurançon

🞏 Du service « BRIN DE CAUSETTE » du CCAS de Jurançon

🞏 du service d’aide à domicile 🞏 de service de soins infirmiers à domicile

🞏 d’un service de téléassistance 🞏 d’un travailleur social

🞏 d’une mesure de protection

🞏 fait par l’intéressé (e) 🞏 fait par le représentant légal

A JURANCON, le ………………………………….. NOM – Prénom …………………………………………

 QUALITE ……………………………………………………

SIGNATURE SIGNATURE

Conformément à la loi n°78-7 « 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 de Jurançon ou par courrier à (ccas@mairie-jurancon.fr). Pour toutes questions relatives à la protection de vos données personnelles, vous pouvez contacter le délégué de la protection des données de la commune à l’adresse (contact@mairie-jurançon.fr).

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 déclenchés en cas de nécessité (obligation légale, art.L121-6-1 du code de l’action sociale des

familles). Le responsable de ce registre nominatif, mis à jour chaque année, est le Maitre de la commune de Jurançon. Les destinataires des données recueillies sont, le Maire, les agents du service de prévention des risques et de gestion de situation de crise de Jurançon, ainsi que, sur sa demande, le Préfet.