

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF**  
prévu à l'article L. 121-6-1 du code de l'action sociale et des familles

**BULLETIN D'INSCRIPTION 2017**

**Bulletin à remplir en LETTRES MAJUSCULES, soit :**

- Par la personne âgée ou handicapée,
- Par un tiers (représentant légal, intervenant médico-social, entourage, parent, ami).

**Et à retourner par courrier au : CCAS DE LA VILLE DE RONCHIN**

**12/13 place du Général de Gaulle  
59790 RONCHIN**

**1- IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE**

Mr.             Mme

NOM : ..... PRÉNOM(S) : .....

NÉ(E) LE : ..... \..... \..... à .....

ADRESSE:.....

.....

TÉLÉPHONE : .....SITUATION FAMILIALE : isolé(e) couple en famille

**Je 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.**

Je demande mon inscription :

- 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.**

**2- RÉFÉRENCES DU SERVICE MÉDICAL OU SOCIAL INTERVENANT A VOTRE DOMICILE OU EN CONTACT AVEC VOUS**

Je déclare bénéficier de l'intervention :

d'un service d'aide à domicile

Intitulé du service : .....

Adresse: .....

Téléphone : .....

d'un service de soins infirmiers à domicile

Intitulé du service : .....

Adresse:.....

Téléphone : .....

du Médecin

NOM : ..... PRÉNOM(S) : .....

Adresse : .....Téléphone : .....

d'aucun service à domicile

### 3- PERSONNES DE VOTRE ENTOURAGE A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

① NOM / Prénom(s) : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : .....  
② NOM / Prénom(s) : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : .....

### 4- MENTION DE VOS PÉRIODES D'ABSENCE ENTRE NOVEMBRE ET FEVRIER 2017

**IMPORTANT** - veuillez préciser les dates de vos absences prévues entre la date de votre inscription sur le registre et le 31 août 2017[si ces dates changent, nous vous remercions de nous le signaler en appelant le CCAS- ☎03 20 96 74 00]:

④ Absences en NOVEMBRE : .....  
④ Absences en DECEMBRE : .....  
④ Absences en JANVIER : .....  
④ Absences en FEVERIER : .....

### 5- SI LE BULLETIN EST REMPLI POUR LE BÉNÉFICIAIRE PAR UN TIERS, VEUILLEZ PRÉCISER VOS COORDONNÉES :

Mr.  Mme

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Agissant en qualité de :

- Représentant légal  
 Service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile  
 Médecin traitant  
 Autre : ..... (merci de le préciser)

### 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 CCAS 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.

Dans le cadre du plan de sécurité et de prévention mis en place par la Ville de Ronchin, j'accepte que mes coordonnées (nom et adresse) soient également transmises à la Police municipale pour permettre la visite des policiers municipaux à mon domicile pendant la période estivale.

Fait à ....., le .....

Signature obligatoire

Les informations communiquées ont pour seul objet le plan d'alerte et d'urgence départemental. Elles restent confidentielles et sont destinées exclusivement à l'usage du Centre Communal d'Action Sociale de la Ville de RONCHIN responsable de leur traitement. Elles seront traitées en conformité avec la loi du 06/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.