**COMMUNE DE POISY**



Service du CCAS

75 route d’Annecy

74330 POISY

Tél : 04.50.46.20.11

ccas@poisy.fr

**PLAN D’ALERTE ET D’URGENCE**

**DEMANDE D’INSCRIPTION**

**REGISTRE DES PERSONNES FRAGILES ET ISOLEES**

**L’INSCRIPTION CONCERNE**

Nom : .....................................................................................................................................

Prénom : ................................................................................................................................

Date de naissance ou âge......................................................................................................

Adresse précise : …………………………………………………………………………………………………………................................................................................................................................................

Téléphone : .......................................................... Portable : .................................................

Situation de famille : isolé(e) couple en famille 

Enfant(s) : oui non Si oui : à proximité éloigné(s) 

Difficultés particulières liées à :

l’isolement l’habitat au déplacement Autres (précisez) ………………………………………………………………………………………………………....

**Souhaite mon inscription sur la liste établie à la mairie de mon domicile dans le cadre du Plan d’alerte et d’urgence.**

**Déclare bénéficier de l’intervention :**

d’un service d’aide à domicile

Nom du service.......................................................................................................................

Adresse ..................................................................................................................................

Téléphone ..............................................................................................................................

d’un service de soins infirmiers à domicile

Nom du service ......................................................................................................................

Adresse ..................................................................................................................................

Téléphone ..............................................................................................................................

d’un autre service

Nom du service ......................................................................................................................

Adresse ..................................................................................................................................

Téléphone ..............................................................................................................................

**STRE DES PERSONNES FRAGILES ET ISOLEES**

**Je souhaite compléter ces renseignements par :**

les coordonnées de mon médecin traitant :

Nom .......................................................................................................................................

Adresse ..................................................................................................................................

Téléphone ..............................................................................................................................

les coordonnées d’une personne à prévenir en cas d’urgence :

Nom .......................................................................................................................................

Adresse ..................................................................................................................................

Téléphone ..............................................................................................................................

**DEMANDE D’INSCRIPTIONN CANICUPERSONNES A PREVENIR**

**Informations relatives à la demande d’inscription :**

L’intéressé(e) Autre 

Si Autre, précisez : Nom : ......................................................................................................

Téléphone : ............................................................................................................................

Qualité du tiers :......................................................................................................................

Informations pratiques (absent(e) du domicile, vacances,…) : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Fait à Poisy, le ...................................................................................................

Signature :

Document confidentiel à remplir puis à retourner au :

Service du CCAS – Mairie de Poisy – 75 route d’Annecy – 74330 POISY

Tél : 04.50.46.20.11 – E-mail : ccas@poisy.fr

Atteste avoir pris connaissance que :

- La démarche d’inscription au registre nominatif (article L.121-6-1 et suivants du Code de l’Action Sociale et des Familles) est volontaire, facultative et qu’à tout moment je peux demander ma radiation,

- Un droit d’accès et de rectification aux informations me concernant peut s’exercer auprès du CCAS, conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés,

- Ces informations pourront être mises à disposition du Préfet en cas de déclenchement du plan d’alerte et d’urgence.