



# Centre Communal d'Action Sociale



## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

### REGISTRE COMMUNAL DES PERSONNES VULNERABLES

Prévu à l'article L.121-6-1 du code de l'action sociale et des familles

# C.C.A.S.

Nom Prénom : ..... Adresse :

Date de naissance : .....

Téléphone 1 : .....

Téléphone 2 : .....

Vivez-vous seul(e) ?  OUI  NON Courriel : .....@.....

Avez-vous des appels réguliers de vos proches ?  OUI  NON

Etes-vous Adhérent de l'Entraide Solidarité ?  OUI  NON

Etes-vous véhiculé ?  OUI  NON Type de logement :  Individuel  Collectif  Collectif avec gardien

- Bénéficiez-vous de :
- Portage de repas-----  OUI  NON
  - Restaurant municipal-----  OUI  NON
  - Téléassistance-----  OUI  NON
  - Aide APA/Département----  OUI  NON

MERCI DE PRECISER SI VOUS DEVEZ VOUS ABSENTER DE VOTRE DOMICILE :

JUIN	Du	Au	2023
JUILLET	Du	Au	2023
AOÛT	Du	Au	2023

### FICHE CONTACTS

<p><b>PERSONNE(S) A CONTACTER EN CAS D'URGENCE</b></p> <p>Nom Prénom : .....</p> <p>Nature de l'aidant : .....</p> <p>Téléphone 1 : .....</p> <p>Téléphone 2 : .....</p> <p>Nom Prénom : .....</p> <p>Nature de l'aidant : .....</p> <p>Téléphone 1 : .....</p> <p>Téléphone 2 : .....</p>	<p><b>ENFANT A PREVENIR</b> (si différent de la personne à contacter en cas d'urgence)</p> <p>Nom Prénom : .....</p> <p>Téléphone 1 : .....</p> <p>Téléphone 2 : .....</p> <p>Nom Prénom : .....</p> <p>Téléphone 1 : .....</p> <p>Téléphone 2 : .....</p> <p><b>SERVICE OBLIGATAIRE</b> (Tuteur – Curateur – Mandataire)</p> <p>Nom ou association : .....</p> <p>Téléphone : .....</p>	<p><b>SERVICE A DOMICILE</b></p> <p>Nom de l'association : .....</p> <p>Téléphone 1 : .....</p> <p>Téléphone 2 : .....</p> <p>Jour(s) d'intervention : L <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></p> <p><b>INFIRMIER(E)</b></p> <p>Nom du Cabinet : .....</p> <p>Téléphone 1 : .....</p> <p>Téléphone 2 : .....</p> <p>Jour(s) d'intervention : L <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></p> <p><b>MEDECIN TRAITANT</b></p> <p>Docteur : .....</p> <p>Téléphone : .....</p>
--	--	--

AUTRE(S) RENSEIGNEMENT(S) UTILE(S)  
.....  
.....  
.....

**SI VOUS DEMANDEZ L'INSCRIPTION EN QUALITÉ DE TIERCE PERSONNE:**

Nom..... Prénom.....

Adresse .....

Code Postal..... Ville.....

Numéro de téléphone (fixe et/ou portable) .....  
.....

Courriel .....

**DEMANDE EN QUALITE DE .....**  
(Parent, médecin traitant, CCAS, service de soins à domicile...)

<p><b>JE DEMANDE MON INSCRIPTION AU REGISTRE CANICULE DE LA VILLE PEYROLLES-EN-PROVENCE</b></p> <p>Le _____ / _____ / _____</p> <p>Signature :</p>
--

**Merci de nous faire un retour de cette fiche d'inscription par voie postale, mail ou dépôt en mairie :**

Centre Communal d'Action Sociale  
Place de l'Hôtel de Ville  
13860 Peyrolles en Provence  
[ccas@mairie-peyrollesenprovence.fr](mailto:ccas@mairie-peyrollesenprovence.fr)

**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.**

Pour toutes informations, vous pouvez vous adresser au CCAS par téléphone au **04.42.57.89.83**

---

*Merci de prendre connaissance des mentions CNIL :*

*Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à inscrire les personnes âgées et handicapées qui en ont fait la demande afin d'être bénéficiaires du plan d'alerte et d'urgence départemental en cas de risque exceptionnels. La mise en place de ce plan incombe au Préfet, le Maire n'en a pas la responsabilité. Les destinataires de ce fichier sont les services préfectoraux, les services municipaux désignés par le Maire, et en cas de déclenchement du niveau MIGA, les services opérationnels de proximité.*

*Conformément au Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 (RGPD) et à la loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez sous conditions et sauf exceptions d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de portabilité, d'opposition, de limitation des traitements, de retrait de votre consentement à tout moment, et de réclamation auprès de la CNIL.  
Pour exercer vos droits, contactez-nous par courrier au CCAS, place de l'Hôtel de Ville, 13860 Peyrolles en Provence ou par courriel à l'adresse [dpo@mairie-peyrollesenprovence.fr](mailto:dpo@mairie-peyrollesenprovence.fr).*