



République Française

Mairie de Marolles-en-Hurepoix

Département
de l'Essonne

Arrondissement
de Palaiseau

Canton de
Brétigny-sur-Orge

Chaque année les services préfectoraux de l'Essonne demandent à tous les CCAS de tenir à jour un registre des personnes âgées et des personnes en situation d'handicap en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence consécutif à une situation de risques exceptionnels, climatiques ou autres.

Les communes sont dans l'obligation de mettre en place un dispositif de prévention tel que des salles climatisées pour accueillir les personnes isolées et fragilisées.

Pour permettre à notre CCAS d'actualiser son registre et prévoir tout dispositif nécessaire, je vous serai reconnaissant de bien vouloir remplir le document ci-joint et de nous le retourner.

Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à prendre contact avec le CCAS au 01 69 14 14 40.

Restant à votre disposition, nous vous prions d'agréer nos salutations distinguées.

Patrick LAFON
Maire Adjoint et Vice-Président du CCAS

**Formulaire d'inscription sur le registre nominatif
prévu à l'article L 121-6-1 du code de l'action sociale et des familles**

RUBRIQUE 1

Je soussigné(e)

NOM : **PRÉNOMS** :

NÉ(E) LE : à

ADRESSE :

91630 Marolles-en-Hurepoix

TÉLÉPHONE fixe : **TÉLÉPHONE Portable**:

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.

- En qualité de personne âgée de 65 ans et plus ⁽²⁾
- En qualité de personne handicapée ⁽²⁾

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, climatique ou autres.

⁽²⁾ Cocher la case correspondant à votre situation

⁽³⁾ Les réponses à cette rubrique sont facultatives

RUBRIQUE 2

Je déclare bénéficiaire de l'intervention ⁽²⁾

- 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
- D'un autre service**
Intitulé du service :
Adresse / téléphone
- D'un Médecin Traitant :**
Nom/ Prénom :
Adresse / téléphone
- D'aucun service à domicile**

RUBRIQUE 3

Personne (s) de mon entourage à prévenir en cas d'urgence :

NOM / Prénoms :
ADRESSE :
Code postal : Ville :
Téléphone fixe : Téléphone portable :

RUBRIQUE 4

Mentionnez vos périodes d'absences prévues de juin à août 2017

Absences de juin :
Absences de juillet :
Absences d'août :

Si vous êtes un tiers et que vous complétez ce bulletin au nom du bénéficiaire, veuillez préciser ci-dessous vos coordonnées :

NOM : PRÉNOMS :
ADRESSE :
Code postal : Ville :
Téléphone fixe : Téléphone portable:

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande.

Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler aux services municipaux 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.

Fait à, le ... /.../.....2017

Signature

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, nous vous informons que les réponses à ce questionnaire ne sont pas obligatoires. Toutefois, un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier et l'enregistrement du demandeur. Ce questionnaire est uniquement destiné à la commune et aux administrations et organismes habilités à intervenir sous l'autorité du préfet en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement. Pour l'exercice de ce droit, il convient d'adresser une demande écrite, en justifiant de votre identité, à Monsieur le Maire de Marolles-en-Hurepoix.