

DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF DE RECENSEMENT DES PERSONNES FRAGILES

Informations

Madame

Monsieur

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Date de naissance :

L'inscription est demandée au titre de personne :

âgée de 65 ans et plus

en situation de handicap

Adresse précise :

14840 Couverville

Détail (bâtiment, étage, n° appartement, ...) :

Type de logement :

Individuel

Collectif

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Tourner la page S.V.P.



Prestations à domicile dont bénéficie la personne

PRESTATIONS	OUI / NON	NOM DE L'ORGANISME	JOURS ET HORAIRES D'INTERVENTION
PORTAGE DE REPAS			
AIDE-MÉNAGÈRE			
TÉLÉ-ALARME			
SOINS À DOMICILE (SSIAD* OU INFIRMIÈRE)			
AUTRE, PRÉCISEZ :			

*SSIAD (services de soins infirmiers à domicile)

Nom et coordonnées du médecin traitant :

.....
.....

Autres informations que vous souhaitez nous communiquer :

.....

Fréquentation de clubs ou autres structures-activités (précisez les jours et horaires) :

.....

Vous vivez :

Seule (e)

En couple

En famille

Autre (précisez) :

.....

Mentions légales :

J'accepte de communiquer les renseignements repris dans ce document à la Mairie et au CCAS qui s'engagent à en garder la confidentialité et je les autorise à intégrer ces données au fichier des personnes à contacter.

Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler toute modification, que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de ma part ou en cas de départ définitif de la Commune.

Date de la demande :

.....

Signature :

Fiche à retourner en Mairie de Cuverville
Place André Schoëffler - 14840 CUVERVILLE - mairie@cuverville.fr

Tél. : 02 31 72 37 29 - Lundi 14h/18h30 - Mardi 14h/17h30 - Mercredi 9h/12h - Vendredi 14h/17h30

En application du RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données), les informations collectées ne sont utilisées que dans le cadre du plan canicule et conservées 1 an.

