|  |  |
| --- | --- |
| Ville de Delle - EDEN99**CCAS** | **FICHE D’INSCRIPTION AU REGISTRE NOMINATIF DE PREVENTION DE LA CANICULE**🞎 Nouvelle inscription 🞎 Modification de renseignements 🞎 Résiliation inscription  |

*Identité*

|  |  |
| --- | --- |
| **BENEFICIAIRE :** | NOM : ……………………………………………………………………………………………………………Prénom : ………………………………………………………………………………………………………..Date de naissance : …../…./…….. Lieu de naissance : …………………………….Adresse : ……………………………………………………………………………………………………..90100 DELLE Bât. : ………………….... Etage :…………………………………………. Tél fixe : …………………………………………. Tél port. : ……………………………………..E-mail : …………………………………………………………………………………………………………..Avez-vous des enfants ? 🞎 oui 🞎 non Situation familiale : 🞎 seul(e) 🞎 en couple 🞎 en famille  |
| **PERSONNE A PREVENIR****EN CAS D’URGENCE** | NOM : ……………………………………………………………………………………………………………Prénom : ………………………………………………………………………………………………………..Lien de parenté : ………………………………………………………………………………………..Adresse : …………………………………………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………….Téléphone 1 : ………………………………………………………………………………………………..Téléphone 2 : ………………………………………………………………………………………………. |
| **TIERS QUI FORMULE LA DEMANDE D’INSCRIPTION** | NOM : ……………………………………………………………………………………………………………Prénom : ……………………………………………………………………………………………………….Adresse : …………………………………………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………….Téléphone  : ……………………………………………………………………………………………….. |

TOURNER SVP

*Prise en charge sanitaire et sociale*

|  |  |
| --- | --- |
| * **Coordonnées médecin traitant**

Nom :…………………………………………………………………………… Prénom :……………………………………………………………………… Adresse du cabinet :………………………………………………………………………………………………………………………………………… Téléphone : ……………………………………………………………….. | * **Coordonnées infirmière**

Nom :…………………………………………………………………………… Prénom :……………………………………………………………………… Adresse du cabinet :………………………………………………………………………………………………………………………………………… Téléphone : ……………………………………………………………….. |
| * **Assistante sociale** : 🞎 oui 🞎 non

Nom :…………………………………………………………………………… Téléphone :………………………………………………………………..* **Aide ménagère** : 🞎 oui 🞎 non

Nom :…………………………………………………………………………… Téléphone :………………………………………………………………..* **Portage de repas** : 🞎 oui 🞎 non

Nom :…………………………………………………………………………… Téléphone :………………………………………………………………..* **Téléassistance :** 🞎 oui 🞎 non

Nom :…………………………………………………………………………… Téléphone :……………………………………………………………….. | * Pensez-vous vous absenter cet été ?

🞎 oui 🞎 non*Si oui* : 🞎 Absence en juin : Du …………………………………… au………………………………………🞎 Absence en juillet :Du …………………………………… au………………………………………🞎 Absence en août :Du …………………………………… au………………………………………* Avez-vous un animal familier ?

🞎 oui 🞎 non |

Observation particulière :

J’atteste sur l’honneur avoir pris connaissance du protocole d’inscription au registre nominatif « canicule » Loi du 30.06.2004 et décret du 01.09.2004, et déclare appartenir à l’une des catégories de personnes pouvant bénéficier de cette action.

Date de la demande : Signature

Les informations recueillies sont enregistrées dans un fichier informatisé par le CCAS de DELLE.

Ces informations ont pour seul objet la gestion du plan national canicule ou tout autre évènement de crise sanitaire. Conformément à la loi informatique et libertés de 1978 modifiée et au Règlement Européen (RGPD 2016/679) vous pouvez exercer votre droit d’accès aux données vous concernant et les faire rectifier en transmettant votre demande par courrier à :

Madame le Maire, MAIRIE de Delle – 1 Place François Mitterrand – BP 39 – 90100 DELLE

**MERCI DE RETOURNER CE QUESTIONNAIRE AU**

Centre Communal d’Action Sociale

Hôtel de Ville 1, Place François Mitterrand – 90100 DELLE

ou le déposer à l’accueil de la Mairie