

# FICHE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE MUNICIPAL PERSONNES FRAGILES

Prévu par l'article L-121-6-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles

## PERSONNES(S) A INSCRIRE

---

### MADAME

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

N° téléphone : \_\_\_\_\_

N° portable: \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

### MONSIEUR

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

N° téléphone: \_\_\_\_\_

N° portable : \_\_\_\_\_

## DEMANDEUR DE L'INSCRIPTION

---

Vous-même

Un tiers

Nom – Prénom \_\_\_\_\_

N° téléphone \_\_\_\_\_

agissant en qualité de :

famille ;

représentant légal ;

service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile ;

médecin traitant ;

autre (préciser) : \_\_\_\_\_

## PERSONNE(S) A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

---

### Personne n°1

Nom - Prénom : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP – Ville : \_\_\_\_\_

N° téléphone : \_\_\_\_\_

N° portable : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

### Personne n°2

Nom - Prénom : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP – Ville : \_\_\_\_\_

N° téléphone : \_\_\_\_\_

N° portable : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

## MEDECIN TRAITANT

---

Nom - Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

## TELEASSISTANCE MISE EN PLACE AU DOMICILE

---

Oui - si oui nom du prestataire : \_\_\_\_\_

Non

PRESTATIONS A DOMICILE MISES EN PLACE

<b>PRESTATIONS</b>	<b>OUI / NON</b>	<b>COORDONNEES TÉLÉPHONIQUES</b>	<b>JOURS ET HORAIRE D'INTERVENTION</b>
<b>PORTAGE DE REPAS</b>			
<b>AIDE MENAGERE</b>			
<b>SOINS A DOMICILE</b>			
<b>AUTRE : Précisez</b>			
<b>AUTRE : Précisez</b>			
<b>AUTRE : Précisez</b>			

**Autres informations que vous souhaitez nous communiquer :**

---

---

---

---

---

**Fréquentation d'un club ou autres structures – activités (précisez les jours et horaires) :**

---

---

---

---

---

Date de la demande d'inscription

Signature

---

**CADRE RESERVE A LA MAIRIE**

1<sup>ère</sup> demande

Renouvellement

Demande traitée le \_\_\_\_\_

Courrier (ou courriel) accusé de réception envoyé le \_\_\_\_\_

Demande annulée le \_\_\_\_\_

Toutes les données recueillies par ce formulaire sont facultatives. Elles font l'objet d'un traitement informatique uniquement destiné à aider les pouvoirs publics dans la mise en place d'un dispositif d'alerte ponctuelle au bénéfice de la population fragile.

Le responsable de ce registre nominatif, mis à jour chaque année, est le Maire de La Grigonnais. Les destinataires des données recueillies sont le Maire, la Première Adjointe au Maire en charge des Affaires Sociales, l'agent du CCAS, l'agent d'accueil de la Mairie, ainsi que sur sa demande, le Préfet.

Conformément à la loi 78-17 « Informatique et Libertés » vous disposez des droits d'opposition, d'accès, de rectification et de suppression des données qui vous concernent en vous adressant par courrier à la Mairie de La Grigonnais – CCAS – 3 rue de l'Abbé Mérel 44170 La Grigonnais ou par mail à [ccas@lagrigonnais.fr](mailto:ccas@lagrigonnais.fr).