



REPUBLIQUE FRANCAISE
CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE
DE LA VALETTE DU VAR

FORMULAIRE D'INSCRIPTION PAR UN TIERS
AU REGISTRE CANICULE

Être âgés de 65 ans et plus, 60 ans et plus inaptes au travail, personne adultes handicapées, personnes vulnérables.

NOM Prénom : _____ en ma qualité de _____

SOUHAITE INSCRIRE

NOM Prénom : _____ **Adresse :** _____

Date de naissance : _____

Téléphone 1 : _____

Téléphone 2 : _____ **83160 la Valette du Var**

Mail : _____ @ _____

① Vivez-vous seul (e) ? OUI NON

② Avez-vous des appels réguliers de vos proches ? OUI NON

③ Bénéficiez-vous de :

- Portage de repas OUI NON
- Télé alarme OUI NON
- Aide APA/Département OUI NON

④ **MERCI DE PRECISER SI VOUS DEVEZ VOUS
ABSETER DE VOTRE DOMICILE**

JUIN	Du	Au	2021
JUILLET	Du	Au	2021
AOÛT	Du	Au	2021

⑤ FICHE CONTACTS

PERSONNE(S) A CONTACTER EN CAS D'URGENCE	SERVICE A DOMICILE
Nom Prénom : _____ Nature de l'aïdant : _____ Téléphone 1 : _____ Téléphone 2 : _____ Nom Prénom : _____ Nature de l'aïdant : _____ Téléphone 1 : _____ Téléphone 2 : _____	Nom de l'association : _____ Téléphone 1 : _____ Téléphone 2 : _____ 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"/> ----- INFIRMIERE (S) Nom de l'association : _____ Téléphone 1 : _____ Téléphone 2 : _____ 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 ----- MEDECIN TRAITANT Docteur : _____ Téléphone : _____

AUTRE (S) RENSEIGNEMENT (S) UTILE(S) : _____

Feuille à retourner



Merci de prendre connaissance des mentions CNIL :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à inscrire les personnes âgées, handicapées et vulnérables qui en ont fait la demande afin d'être bénéficiaire du plan d'alerte et d'urgence départementale en cas de risques exceptionnels.

Conformément au Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 (RGPD) et à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez sous condition et sauf exception d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de portabilité, d'opposition, de limitation de traitements, de retrait de votre consentement à tout moment. Pour exercer vos droits, contactez-nous par courrier à :

Inscription Canicule Centre Communal d'Action Sociale impasse de la Farinette 83160 La Valette du Var ou par courrier électronique au canicule.ccas@lavellette83.fr.

JE DEMANDE L'INSCRIPTION DE

M., Mme, _____

AU REGISTRE CANICULE DE LA VILLE

DE LA VALETTE DU VAR

LE ____/____/2021

Signature :

Merci de nous faire un retour de cette fiche d'inscription par voie postale ; mail ou fax :

**Inscription Canicule, Centre Communal d'Action Sociale
Impasse de la Farinette
83160 La Valette du Var**

canicule.ccas@lavellette83.fr

Fax : 04 94 20 92 71

Pour toutes informations vous pouvez vous adresser au CCAS par téléphone au :

04 94 20 92 70