



Arrondissement de Saumur

☎ 02 41 52 02 82

☎ 02 41 38 79 70

e.mail : mairie.labreille-les-pins@wanadoo.fr

**Centre Communal d'Action Sociale**  
**CANICULE, GRAND FROID :**  
**INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF 2017**  
*Demande d'inscription à renouveler tous les ans.*

L'an passé vous vous êtes inscrit(e), ou avez inscrit un proche, sur le registre communal des personnes isolées, afin qu'en cas de canicule ou de grand froid, les services du CCAS puissent prendre des nouvelles et intervenir si besoin.

**Si vous souhaitez renouveler votre inscription ou celle d'un proche (avec son accord) pour l'année 2017, appelez le 02 41 52 02 82 ou renvoyer la fiche de contact ci-dessous, à la Mairie. L'inscription n'est pas obligatoire.**

**PERSONNE CONCERNEE**

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

TELEPHONE :

ADRESSE :

QUALITE :  Je suis âgé(e) de 65 ans et plus, isolé(e) et je réside à mon domicile  
 Je suis âgé(e) de plus de 60 ans, reconnu(e) inapte au travail, isolé(e) et je réside à mon domicile  
 Je suis adulte handicapé(e) bénéficiaire d'un des avantages suivants : A.A.H., A.C.T.P., Carte d'invalidité, Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, Pension d'invalidité servie au titre d'un régime de base de la sécurité sociale ou du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre et je réside à mon domicile.

**PERSONNE A PREVENIR EN CAS DE BESOIN**

NOM :

PRENOM :

TELEPHONE :

ADRESSE :

LIEN : - famille - voisinage - ami(e) - autre (préciser) :

**SERVICE(S) INTERVENANT(S) A VOTRE DOMICILE (SI OUI, COORDONNEES) :**

**COORDONNEES MEDECIN TRAITANT**  
NOM :  
TELEPHONE :

Je soussigné(e)

NOM : .....

PRENOM:.....

être :

- la personne pour qui l'inscription est demandée
- être proche de la personne pour qui l'inscription est demandée (lien avec la personne pour qui l'inscription est demandée : .....) )

**Je désire être inscrit(e) sur le registre communal des personnes isolées pour bénéficier des interventions des services sanitaires de ma commune dans le cadre du Plan Départemental d'alerte et d'urgence en cas de risques exceptionnels (loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 et décret n° 2004-926 du 1er septembre 2004) : et j'accepte de recevoir l'agent du CCAS pour compléter le dossier.**

Date :

Signature :

Vous disposez, conformément aux dispositions de la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données vous concernant. Ces données nominatives ne peuvent être consultées que par les agents chargés de la mise en œuvre de ce recueil et de celle du plan d'alerte et d'urgence visé à l'article L.116-3 du code de l'Action Sociale et des Familles. Ces informations sont recueillies, transmises et utilisées dans des conditions garantissant leur confidentialité et selon des modalités fixées par le décret n° 2004-926 du 1er septembre 2004.