Centre Communal d'Action Sociale
Ville de Coignières

REGISTRE DES PERSONNES VULNERABLES OU ISOLEES
FORMULAIRE D'INSCRIPTION 2023

Prévu par la loi N° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, article L121-6-1 du Code de l'action sociale et des familles

Pour permettre au CCAS d'actualiser son registre et prévoir tout dispositif nécessaire, vous voudrez bien remplir le document ci-joint et nous le retourner.
Pour vous aider à compléter ce formulaire ou pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à prendre contact avec le CCAS au 01 34 61 45 75 ou par mail à : ccasrapa@coignieres.fr

IL S'AGIT DE :
- ❑ 1ère demande
- ❑ Renouvellement
- ❑ Annulation de l'inscription au registre des personnes vulnérables

EN QUALITÉ DE PERSONNE :
- ❑ de 65 ans et +
- ❑ de + de 60 ans, reconnue inapte au travail
- ❑ en situation de handicap

IDENTITÉ DU BÉNÉFICIAIRE

NOM :_____**Prénoms :** _____

Date de naissance ou âge : _____

Adresse :_____

_____

Type de logement : ☐ individuel ☐ collectif sans gardien ☐ collectif avec gardien

Code interphone : _____ **Numéro appartement - étage** _____

Téléphone fixe : _____**Téléphone portable :** _____

Email :_____

Centre Communal d'Action Sociale – 13 allée du Moissonneur - 78310 COIGNIÈRES
Tél. : 01 34 61 45 75 - Fax : 01 34 61 47 03 - www.coignieres.fr
Siret n° : 267 802 650 00049

SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE

Avez-vous des enfants ? ❑ Oui ❑ Non A proximité ? ❑ Oui ❑ Non

Situation familiale (vous vivez) : ❑ seul(e) ❑ en couple ❑ en famille
❑ autres (précisez) _____

Vous recevez régulièrement de la visite : ❑ Oui ❑ Non

Personnes vous rendant visite : ❑ Famille ❑ Voisins / Amis

Si oui à quelle fréquence : ❑ 1 fois par semaine ❑ 2 fois ou plus par semaine

AGGIR (**A**utonomie **G**érontologie **G**roupes **I**SO **R**essources)

❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6

PRESTATIONS A DOMICILE

❑ Service de soins infirmiers

Nom du service :_____Tél. ☎ : _____

❑ Service d'aide à domicile

Nom du service :_____Tél. ☎ : _____

❑ Service de portage de repas

Nom du service :_____ Tél. ☎ : _____

❑ Service de téléassistance

Nom du service :_____ Tél. ☎ : _____

❑ Autre service

Nom du service :_____ Tél. ☎ : _____

Si oui, merci de préciser les jours d'intervention :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Soins infirmiers							
Aide à domicile							
Portage de repas							
Soins à domicile							
Autres, précisez							

Centre Communal d'Action Sociale – 13 allée du Moissonneur - 78310 COIGNIÈRES
Tél. : 01 34 61 45 75 - Fax : 01 34 61 47 03 - www.coignieres.fr
Siret n° : 267 802 650 00049

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

Nom :_____

Adresse :_____

_____

Téléphone : _____

PERSONNE(S) DE L'ENTOURAGE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

1-NOM :_____ Prénom : _____

Adresse :_____

_____

Téléphone : _____

Précisez le lien (parent / ami / voisin) : _____

2-NOM : _____ Prénom : _____

Adresse :_____

_____

Téléphone : _____

Précisez le lien (parent / ami / voisin) : _____

Merci de nous indiquer les dates d'absence prévues pour la personne inscrite sur le registre
(entre le 1er juin et le 31 aout 2023)

_____

_____

Autres informations que vous souhaitez communiquer :

_____

_____

_____

_____

_____

Centre Communal d'Action Sociale – 13 allée du Moissonneur - 78310 COIGNIÈRES
Tél. : 01 34 61 45 75 - Fax : 01 34 61 47 03 - www.coignieres.fr
Siret n° : 267 802 650 00049

Formulaire rempli par l'intéressé(e) ❑ tierce personne ❑
Si autre, précisez :

NOM :_____ Qualité/lien : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande. **Je consens à ce que les données relatives à mon état de santé soient enregistrées dans le « registre nominatif » des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.**
Je suis informé(e) que cette inscription au registre est sans limite dans le temps et qu'il m'appartient de signaler au Centre Communal d'Action Sociale toute modification concernant ces informations, aux fins de mettre à jour les données permettant de me contacter (exemple : déménagement, changement de numéro de téléphone…). Un accusé de réception vous sera adressé dans les 8 jours après réception du présent formulaire d'inscription.

Fait à Coignières, le _____

Signature du demandeur ou de la tierce personne :

Toutes les données recueillies par ce formulaire sont facultatives. Vos données sont traitées uniquement afin d'aider les pouvoirs publics dans la mise en place d'un dispositif d'alerte ponctuelle au bénéfice de la population fragile et l'organisation des secours déclenchés en cas de nécessité. Le responsable de ce registre nominatif, mis à jour chaque année, est le Maire de Coignières. Les destinataires des données recueillies sont le Maire, les agents du service de prévention des risques et de gestion de situation de crise, ainsi que sur sa demande, le Préfet.
Conformément à la loi n°78-17 « informatique et Libertés » et au RGPD, vous disposez de droits d'opposition d'accès, de rectification et de suppression des données qui vous concernent en vous adressant par courrier à CCAS de Coignières 13 allée du Moissonneur 78310 Coignières ou par mail à ccasrpa@coignieres.fr

En période d'évènement exceptionnel (grand froid, canicule, confinement), je souhaite recevoir un appel de convivialité du CCAS de Coignières : ❑ oui ❑ non

Formulaire à retourner à :

Centre Communal d'Action Sociale
13 allée du Moissonneur - 78310 Coignières

Centre Communal d'Action Sociale – 13 allée du Moissonneur - 78310 COIGNIÈRES
Tél. : 01 34 61 45 75 - Fax : 01 34 61 47 03 - www.coignieres.fr
Siret n° : 267 802 650 00049