



S'inscrire au registre nominatif et renseigner tous les champs du formulaire sont facultatifs.
L'inscription permet un service personnalisé, ce qui n'exclut aucune personne de bénéficier des secours.

PLAN D'ALERTE ET D'URGENCE
AU PROFIT DES PERSONNES AGEES ET DES
PERSONNES HANDICAPEES
EN CAS DE RISQUES EXCEPTIONNELS
Dispositif d'alerte ponctuelle à la population fragile
Prévu par le [Code d'action sociale et des familles](#)

FICHE D'INSCRIPTION
AU REGISTRE NOMINATIF

Cadre réservé à l'administration

Moyen d'évacuation :

escaliers fenêtre brancard chaise
 autre _____

Transport :

assis debout allongé
 autre _____

Personne fragile NOM : PRENOMS :	Date de naissance : Adresse : Téléphone :
Responsable légal NOM : PRENOMS :	Adresse : Téléphone portable : Téléphone fixe : Téléphone professionnel :
Personne à prévenir en cas d'urgence NOM : PRENOMS :	Adresse : Téléphone portable : Téléphone fixe : Téléphone professionnel :

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 (obligation légale, art. L121-6-1 du code de l'action sociale et des familles). Le responsable de ce registre nominatif, mis à jour chaque année, est le Maire de Saint-Symphorien d'Annelles. Les destinataires des données recueillies sont le Maire, les agents du service de prévention des risques et de gestion de situation de crise de **ST SYMPHORIEN D'ANCELLES** 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 371 rue des Chalandons 71570 ST SYMPHORIEN D'ANCELLES ou par courriel à secretariat@mairie-st-symphorien.fr Pour toutes questions relatives à la protection de vos données personnelles vous pouvez contacter le délégué à la protection des données de la commune à l'adresse secretariat@mairie-st-symphorien.fr ou en demandant auprès de votre mairie.

SANTE Coordonnées médecin traitant Nom : Prénom : Adresse du cabinet : Téléphone :	AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupes ISO, Ressources) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 Souffrez-vous d'une difficulté d'ordre : <input type="checkbox"/> station debout pénible <input type="checkbox"/> � mobilité réduite <input type="checkbox"/> fauteuil <input type="checkbox"/> canne <input type="checkbox"/> déambulateur <input type="checkbox"/> autre _____ Capacité à comprendre : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	OBSERVATIONS PARTICULIERES :
	<input type="checkbox"/> Je consens à ce que les données relatives à mon état de santé soient enregistr�es dans le « registre nominatif » des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence au profit des personnes âgées et des personnes handicap�es en cas de risques exceptionnels. Fait à, le Signature

Je soussigné(e), M.....,

Atteste avoir été informé(e), en qualité de personne vulnérable, parents, tuteur, curatelle, ou autre représentant légal, que :

- l'inscription au registre nominatif n'est soumise à **aucune obligation** et chaque renseignement de ce questionnaire est **facultatif** ;
- les informations recueillies seront transmises à la commune de ST SYMPHORIEN D'ANCELLES dans le cadre du plan d'alerte et d'urgence au profit des personnes âgées et des personnes handicap es en cas de risques exceptionnels, dispositif d'alerte ponctuelle à la population fragile ;
- cette fiche de renseignements a pour vocation d'aider les services publics mobilisés à me porter assistance en cas de nécessité.

Fait à, le

Signature