



Formulaire de demande d'inscription sur le registre nominatif confidentiel personnes à risque

Commune de Bernières-sur-Mer

Selon l'article L121-6-1 du code de l'action sociale et des familles, le maire est tenu d'instituer et de tenir à jour un registre nominatif communal des personnes âgées et des personnes handicapées de sa commune vivant à domicile, qui en font la demande ou à la demande d'un tiers (parents, voisins, médecin...), à la condition que la personne concernée, ou son représentant légal, n'y soit pas opposée. La finalité exclusive de ce registre est de permettre l'intervention ciblée des services sanitaires et sociaux auprès d'elles en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.

Bulletin à remplir en LETTRES MAJUSCULES soit :

- Par la personne âgée ou handicapée ;
- Par un tiers (représentant légal, intervenant médico-social, entourage, parent)

A retourner au : CCAS de Bernières-sur-Mer

51 rue Hervé Léguillon
14990, Bernières-sur-Mer

1 – IDENTITE

Nom : Prénom :

Né(e) le : à :

Adresse :

Code interphone : Numéro appartement :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Mail : Situation familiale :

Je sollicite mon inscription sur le registre des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence consécutif à une situation de risques exceptionnels, climatiques ou autres.

Inscription en qualité de :

- Personne âgée de 65 ans et plus
- Personne âgée de 60 ans et plus reconnue inapte au travail
- Personne handicapée résidant à mon domicile

Je suis informé(e) que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de ma part

2 – PERSONNE DE VOTRE ENTOURAGE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : Lien de parenté :

3 – COORDONNEES DE VOTRE MEDECIN TRAITANT

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

4 – SI LE BULLETIN N’EST PAS REMPLI PAR LE BENEFICIAIRE, VEUILLEZ PRECISER VOS COORDONNEES :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Agissant en qualité de :

Représentant légal

Service d’aide à domicile ou soins infirmier

Médecin traitant

Autre :

J’atteste sur l’honneur l’exactitude des informations communiquées dans la présente demande.

Je suis informé(e) qu’il m’appartient de signaler à la municipalité, service CCAS, toute modification concernant ces informations, afin de mettre à jour les données permettant de me contacter en cas de déclenchement du plan d’alerte d’urgence.

Dans le cadre du plan de sécurité et de prévention mis en place par la Municipalité de Bernières-sur-Mer, j’accepte que mes coordonnées (nom et adresse) soient transmises pour permettre des visites à mon domicile.

Fait à : le :

Signature obligatoire :