



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 _____

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 Poucharramet dans le cadre du plan d'alerte et d'urgence au profit des personnes âgées et des personnes handicapées 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.

<p>Personne fragile</p> <p>NOM :</p> <p>PRENOMS :</p>	<p>Date de naissance :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p> <p><input type="checkbox"/> Vie seul(e)</p>
<p>Responsable légal</p> <p>NOM :</p> <p>PRENOMS :</p>	<p>Adresse :</p> <p>Téléphone portable :</p> <p>Téléphone fixe :</p> <p>Téléphone professionnel :</p> <p>Adresse employeur :</p>
<p>Personne à prévenir en cas d'urgence</p> <p>NOM :</p> <p>PRENOMS :</p>	<p>Adresse :</p> <p>Téléphone portable :</p> <p>Téléphone fixe :</p> <p>Téléphone professionnel :</p> <p>Adresse employeur :</p>

<p>SANTE</p> <p>Coordonnées médecin traitant</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Adresse du cabinet :</p> <p>Téléphone :</p> <p>Jours de présence dans l'établissement d'accueil <i>(cocher la (les) case(s) correspondante(s) à votre situation, préciser les dates et barrer les jours d'absence)</i></p>	<p>AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupes ISO, Ressources)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Souffrez-vous d'une difficulté d'ordre :</p> <p><input type="checkbox"/> station debout pénible <input type="checkbox"/> à mobilité réduite <input type="checkbox"/> fauteuil <input type="checkbox"/> canne <input type="checkbox"/> déambulateur <input type="checkbox"/> autre _____</p> <p>Capacité à comprendre : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Suivez-vous un traitement :</p> <p><input type="checkbox"/> allergique <input type="checkbox"/> autre _____</p> <p><input type="checkbox"/> particularité alimentaire _____</p> <p><input type="checkbox"/> Toute la semaine <input type="checkbox"/> Lundi - Mardi - Mercredi - Jeudi - Vendredi - Samedi - Dimanche</p> <p>Horaires :</p> <p><input type="checkbox"/> Toute l'année <input checked="" type="checkbox"/> Vacances scolaires. Précisez les périodes concernées :.....</p>
<p>OBSERVATIONS PARTICULIERES :</p> <p><input type="checkbox"/> 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 au profit des personnes âgées et des personnes handicapées en cas de risques exceptionnels.</p> <p>Fait à, le</p> <p><i>Signature</i></p>	

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 POUCHARRAMET Monsieur Roger DUZERT.

Les destinataires des données recueillies sont le Maire, les agents du service de prévention des risques et de gestion de situation de crise de POUCHARRAMET, 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 « **Mairie de Poucharramet, 2 rue des Hospitaliers, 31370 POUCHARRAMET** » ou par courriel à mairie@poucharramet.fr.

Pour toutes questions relatives à la protection de vos données personnelles vous pouvez contacter votre mairie au 05 61 91 83 09.