



## **Centre Communal d'Action Sociale**

**Adresse courrier : Hôtel de ville Place Stanislas Fabre**

**Adresse bureau : Rue Antoine Vivaux (entrée point**

**touris  
me)**

**13780 Cuges-les-Pins**

**Téléphone : 04.73.83.57**

**E-mail: [ccas@cugeslespins.fr](mailto:ccas@cugeslespins.fr)**

# **REGISTRE NOMINATIF DES PERSONNES VULNERABLES**

## **Qui est concerné ?**

Toute personne isolée, fragilisée par l'âge, un handicap ou un mode de vie. Il peut s'agir de vous, de l'un de vos parents, vos voisins ou amis.

## **De quoi s'agit-il ?**

Le registre nominatif des personnes vulnérables a été mis en place par le CCAS sous la responsabilité du Maire, dans le cadre du plan d'alerte et d'urgence en cas de risques exceptionnels (canicule, épidémie, pandémie, grand froid, inondations, relogements d'urgences,) conformément à la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004. Le but est d'aider les personnes fragiles en cas de besoin.

## **Comment ça marche ?**

Vous demandez votre inscription sur le registre nominatif.

Une vigilance particulière est opérée lors du risque et après, ainsi que selon les besoins de la personne. Un suivi régulier est effectué par le CCAS : contact téléphonique, visite à domicile, activation des réseaux de proximité, portage de repas à domicile, aide à domicile, téléassistance etc.

## **Quin peut faire l'inscription ?**

La demande d'inscription est réalisée soit par :

- la personne concernée,
- le cas échéant par son représentant légal,
- un tiers (personne physique ou morale) : un parent, un voisin, le médecin traitant, le centre communal d'action sociale, le service de soins à domicile,

etc

**Vous vous sentez concerné(e) :**

Merci de renseigner les informations suivantes :

**\*Personne concernée :**

NOM :

.....

PRENOM :

.....

Date de naissance :

.....

Adresse :

.....

.....

.....

Téléphone fixe :

.....

Téléphone portable :

.....

**\*Responsable Légal (si mesure de protection) :**

NOM :

.....

PRENOM :

.....

Date de naissance :

.....

Adresse :

.....

.....

.....

Téléphone fixe :

.....

Téléphone portable :

.....

**\*Personne à prévenir en cas d'urgence N° 1 :**

NOM :

.....  
PRENOM :

.....  
Téléphone fixe :

.....  
Téléphone portable :

.....  
Lien :

.....  
**\*Personne à prévenir en cas d'urgence N° 2 :**

NOM :

.....  
PRENOM :

.....  
Téléphone fixe :

.....  
Téléphone portable :

.....  
Lien :

.....  
**\*Médecin traitant :**

NOM/PRENOM du médecin :

.....  
Adresse du cabinet :

.....  
Téléphone du cabinet :

.....  
Téléphone portable du médecin :

.....  
**\*Informations spécifiques liées à la santé :**

- Station debout pénible
- A mobilité réduite
- Fauteuil
- Canne
- Déambulateur
- Autre : .....

Suivez-vous un traitement (facultatif)

- Assistance respiratoire
- Dialyse
- Allergie
- Autre : .....

Particularité alimentaire (régime...) :

.....

Observations : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

• **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.

**\*Intervenants au domicile :**

Infirmière à domicile :

.....

Téléphone :

.....

Organisme Aide à domicile :

.....

Téléphone :

.....

Autre :

.....

Téléphone :

.....

Téléassistance : OUI

NON

Organisme :

.....

Je soussigné, ....., atteste avoir été informé(e), que :

- L'inscription au registre nominatif n'est soumise à aucune obligation de la personne bénéficiaire et chaque renseignement de la fiche est facultatif ;
- Les données recueillies feront l'objet d'un traitement informatique uniquement destiné à aider les pouvoirs publics en cas de dispositif d'alerte exceptionnel au bénéfice de la population fragile ;
- Les informations recueillies seront transmises à Monsieur le Maire de Cuges-Les-Pins dans le cadre de son Plan Communal de Sauvegarde, et enregistrées dans le registre des personnes vulnérables en cas de risques exceptionnels ;
- Les renseignements inscrits ont pour vocation d'aider les services publics mobilisés à porter assistance en cas de nécessité.

Fait à..... Le .....  
Signature

**En cas d'inscription par un tier :**

NOM :  
.....

PRENOM :  
.....

ADRESSE :  
.....  
.....  
.....

Téléphone fixe :  
.....

Téléphone portable :  
.....

Lien :  
.....

***A retourner à l'adresse ci-dessus ou par email : ccas@cugeslespins.fr***

**Cadre réserve à l'Administration :**

**Demande reçue le .....**

***Inscription au registre le .....***