

**CCAS DE CALVISSON**

PLAN CANICULE : DEMANDE D'ISCRIPTION AU FICHIER 2024

Nom Prénom : Téléphone : ….................................................

Adresse : …............................................................ Age : ….........................

Situation de famille : ….........................................

Portage de repas : oui non. Télé alarme : oui non. APA :oui non

DEMANDE PAR UN TIERS

Nom : …............................................................... Prénom : …...................................................................

agissant en qualité de :

Représentant légal Service d'aide à domicile ou de soins infirmiers

Médecin traitant Autre (merci de préciser) : …...................................

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.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ENFANTS A PREVENIR**  Nom Prénom  Adresse  N° Téléphone | | **MEDECIN TRAITANT**  Nom Prénom  Adresse  N° Téléphone | **INFIRMIER.E**  Nom Prénom  Adresse  N° Téléphone |
| **SERVICE A DOMICILE**  Nom  Adresse  N° Téléphone | | **SERVICE DE SOINS A DOMICILE**  Nom  Adresse  N° Téléphone | **SERVICE OBLIGATAIRE**  **( tuteur, curateur ou mandataire)**  Nom  Adresse  N° Téléphone |
| **PERSONNE(S) À CONTACTER EN CAS D'URGENCE**  Nom Prénom : …..................................................................................................................................  Adresse : …..................................................................................................................................................  Téléphone : …................................................. Lien avec la personne : ….............................................. | | | |
| **MERCI DE NOUS PRÉCISER SI VOUS DEVEZ VOUS ABSENTER DE VOTRE DOMICILE** | | | |
| **JUIN** | **Du au 2024** | | |
| **JUILLET** | **Du au 2024** | | |
| **AOUT** | **Du au 2024** | | |

**DEMANDE DE MON INSCRIPTION AU FICHIER CANICULE DE LA COMMUNE DE CALVISSON**

Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler aux services municipaux toute modification concernant ces informations, aux fins de mettre à jour les données permettant de me contacter en cas de déclenchement du plan canicule.

**OUI NON**

**Date ….................................... Signature ….....................................**

**Merci de renvoyer/remettre cette fiche à l'adresse suivante :**

**CCAS DE CALVISSON**

**INSCRIPTION CANICULE**

**RUE GASTON LHOUSTAU**

**30420 CALVISSON**

**Téléphone : 04 66 03 41 49**

**Portable : 06 74 91 02 62**

**Horaires d'ouverture :**

**Sur rdv uniquement**

Merci de prendre connaissance des mentions CNIL :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement afin de pouvoir intervenir en cas de déclenchement du plan canicule. Ces données seront conservées pendant un an et sont réservées à l'usage du service concerné et ne peuvent être communiquées qu'au destinataire suivant : La Préfecture du Gard.

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous pouvez exercer votre droit d’accès aux données qui vous concernent et les faire rectifier en contactant le CCAS.

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.