



DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE FICHER VIGILANCE

◆ INSCRIPTION DU OU DES BÉNÉFICIAIRE(S) (un bulletin par foyer)

Personne seule :

Madame Monsieur

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Autre personne vivant au domicile :

Madame Monsieur - Lien : _____

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Percevez-vous l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) :

Oui Non

Oui Non

Votre situation de handicap est-elle reconnue par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) :

Oui Non

Oui Non

◆ CHOIX CONCERNANT LE(S) INSCRIPTION(S)

Inscription sur le « registre vigilance » pour être contacté en cas de situation particulière et ponctuelle nécessitant une veille sanitaire et/ou sociale.

Inscription au « plan canicule » avec obligation d'un contact téléphonique quotidien avec le Centre Communal d'Action Sociale :

Personne âgée de 65 ans et plus ;

Personne âgée de plus de 60 ans reconnue inapte au travail ;

Personne adulte handicapée reconnue par la MPDH.

Inscription « hors critères d'âge ou de vulnérabilité » mais simplement pour recevoir des « informations générales » de la commune.

◆ DOMICILE

Téléphone portable : ____/____/____/____/____

Téléphone fixe : ____/____/____/____/____

Mail : _____@_____

N° et Rue : _____

Code(s) d'entré(s) : _____ Bâtiment : _____ Escalier : _____ Étage : _____ N° porte : _____



◆ **ABSENCE (S)** - Précisez vos dates d'absences prévues entre le 1^{er} juin et le 15 septembre

Dates auxquelles vous pensez être absent(e) de votre domicile de juin à septembre :

◆ **PERSONNE DE VOTRE ENTOURAGE A PRÉVENIR** (2 au minimum)

1- NOM et Prénom : _____ Téléphone : __/__/__/_/___

2- NOM et Prénom : _____ Téléphone : __/__/__/_/___

◆ **DIVERS**

Médecin traitant : _____ Téléphone : __/__/__/_/___

Autres intervenants réguliers au domicile (aide à domicile, kiné, infirmiers..) :

NOM : _____ Téléphone : __/__/__/_/___

NOM : _____ Téléphone : __/__/__/_/___

Prestataire Télé Assistance : _____ Téléphone : __/__/__/_/___

◆ **INSCRIPTION PAR UNE TIERCE PERSONNE** (envoyer ce formulaire par courrier)

NOM et Prénom : _____ Téléphone : __/__/__/_/___

Représentant (e) légal (e) : Oui Non

Lien : _____

Adresse complète : _____

Le __/__/2020 - Signature

Le __/__/2020 - Signature de la seconde personne vivant au foyer le cas échéant

NB : Les informations communiquées demeurent confidentielles. Elles seront néanmoins transmises au Préfet et, le cas échéant, aux services sociaux et sanitaires chargés de l'organisation et de la coordination des interventions à domicile dans le cadre de la mise en œuvre du Plan d'alerte et d'urgence départemental en cas de risques exceptionnels (articles 7 et 8 du décret n° 2004-926 du 1er septembre 2004). En application de l'article 40 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, toute personne inscrite au registre communal des personnes âgées ou handicapées a droit d'accès et de rectification des informations nominatives la concernant.

Ce formulaire doit être déposé au Centre Communal d'Action Sociale ou envoyé

✉ : CCAS - 26 rue du Docteur Le Savoureux 92290 CHATENAY-MALABRY

@: ccas@chatenay-malabry.fr