

DEMANDE D'INSCRIPTION PAR UN TIERS SUR LE REGISTRE COMMUNAL DES PERSONNES VULNÉRABLES

Article L.121-6-1 du code de l'action sociale et des familles

Je soussigné(e) Nom Prénom

Agissant en ma qualité de

- Membre de la famille : Médecin traitant
 Représentant légal Professionnel du maintien à domicile
 Autre (préciser)

Sollicite l'inscription sur le registre des personnes vulnérables de :

Nom Prénom

Adresse à SAILLY LEZ LANNOY

Né(e) le Tél portable

Tél domicile Mail

En sa qualité de : + de 65 ans + de 60 ans inapte au travail handicapé majeur

Nom du médecin traitant Tél

Mail

Personne de son entourage, de sa famille :

A prévenir en cas d'urgence : Nom

Tél domicile Tél Portable

La plus proche de chez elle : Nom

Tél domicile Tél Portable

Mail

Professionnel et service à domicile :

Aide à domicile (organisme et/ou privée) Nom

Tél Tél

Mail

Soins infirmiers (organisme et/ou libéral) Nom.....

Tél Tél

Mail

Portage des repas Nom **Téléalarme** Nom

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans cette demande. Je signale à la mairie toute modification concernant ces informations pour mettre à jour mes données.

Fait à SAILLY LEZ LANNOY, le **Signature**

A transmettre à la mairie de SAILLY LEZ LANNOY

10 rue de la Mairie – 59390 SAILLY LEZ LANNOY

Tél : 03.20.20.06.46

Mail : service.administratif@saillylezlannoy.fr

Les données recueillies ont pour seul objet le plan d'alerte et d'urgence départemental. Elles sont destinées à l'usage exclusif de la mairie de SAILLY LEZ LANNOY et du Préfet à sa demande. La loi du 6 Août 2004 modifiant la loi du 06/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous accorde un droit d'accès, d'opposition et de rectification des données à caractère personnel