

# Demande d'inscription sur le registre nominatif canicule

(Loi n°2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et handicapées)

## Renseignements sur la personne

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Adresse précise : N° ..... Rue : .....

Bâtiment : ..... N° appartement : .....

Commune déléguée : .....

Téléphone(s) : .....

Courriel : .....

**Vivez-vous seul(e) ?**             oui     non

**Vivez-vous en couple ?**         oui     non

**Quelle est votre qualité ?** : (Cocher la case correspondante)

- une personne âgée de 65 ans et plus
- une personne inapte au travail de plus de 60 ans
- une personne en situation de handicap de plus de 18 ans

**Quel service intervient à votre domicile ?** (Cocher la case correspondante)

		Nom	Téléphone	Jours et horaires d'intervention
Portage des repas	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Aide-ménagère	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Soins infirmiers	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Autre	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Téléalarme	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			

**Quelles sont les personnes de votre entourage à prévenir en cas d'urgence ?**

Nom et Prénom :	Nom et Prénom :
Adresse :	Adresse :
Téléphone(s) :	Téléphone(s) :
Courriel :	Courriel :
Lien de parenté :	Lien de parenté :

**Quelles sont vos périodes d'absence prévues de juin à août 2023 ?**

En juin : .....

En juillet : .....

En août : .....

Je soussigné(e) .....

- demande mon inscription sur le registre communal des personnes à contacter lors du déclenchement du plan d'alerte et d'urgence au profit des personnes âgées et des personnes handicapées en cas de risques exceptionnels ;
- déclare l'exactitude des renseignements fournis dans la présente demande ;
- déclare être informé(e) que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de ma part.

Fait à ....., le .....

Signature

**A renseigner obligatoirement si l'inscription est effectuée par un tiers**

Je soussigné(e) (NOM et Prénom) .....  
agissant en qualité de : *(cocher la case correspondante)*

- représentant légal
- service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile
- médecin traitant
- autre : *(préciser)* .....

- demande l'inscription de *(nom et prénom)* .....  
sur le registre communal des personnes à contacter lors du déclenchement du plan d'alerte et d'urgence au profit des personnes âgées et des personnes handicapées en cas de risques exceptionnels ;
- déclare l'exactitude des renseignements fournis dans la présente demande.

Fait à .....,

le .....

Téléphone : .....

Signature :

Courriel : .....

*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. Le responsable de ce registre nominatif, mis à jour chaque année, est le Maire de La Léchère. Les destinataires des données recueillies sont le Maire, les agents communaux, ainsi que, sur sa demande le Préfet.*

*Conformément à la loi n°78-17 (Informatique et liberté) 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 La Léchère, 82 rue des jeux olympiques, 73260 La Léchère.*

**A transmettre à la Mairie de La Léchère  
Par courrier : 82, rue des jeux olympiques – 73260 La Léchère  
Ou par voie électronique : [mairie@lalechere.fr](mailto:mairie@lalechere.fr)**