



CANICULE 2013

DEMANDE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION AU REGISTRE COMMUNAL

*DEMANDE A DEPOSER AU CCAS OU A ADRESSER A :
CCAS DE NIORT - RECENSEMENT CANICULE
1 rue de l'ancien musée - 79000 NIORT*

Monsieur Madame

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE A NIORT :

TELEPHONE

Si je n'ai pas de téléphone cocher la case :

Je demande mon inscription sur le registre communal des personnes fragiles vivant à domicile

cochez la case correspondant à votre situation :

j'ai 65 ans ou plus

j'ai plus de 60 ans et suis reconnu(e) inapte au travail

je suis une personne adulte handicapée

Je bénéficie de l'intervention d'un service d'aide à domicile ou de soins infirmiers à domicile,
ou d'un autre service à domicile

cochez la case correspondant à votre situation :

Oui (1)

Non

- (1) si vous avez répondu oui, précisez le Nom et l'adresse de ce service :

Je déclare vivre

seul (e) à mon domicile

ou en couple à mon domicile

Si vous n'avez pas de téléphone, désignez une personne de votre proche entourage que la mairie pourra prévenir pour vous venir en aide en cas de canicule:

NOM

Prénom

Téléphone où joindre cette personne en cas de canicule

Adresse

Ville

Nom de mon médecin traitant

Téléphone :

J'accepte d'être recensé(e) sur le fichier informatisé de la mairie de NIORT dans le respect des dispositions de la loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et conformément au décret 2004-926 du 1^{er} septembre 2004.

Je suis informé(e) que cette inscription est facultative et que je peux demander à la mairie à être radié(e) du fichier à tout moment sur simple demande de ma part.

Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler à la mairie toute modification concernant ces informations, afin que les données permettant de me contacter en cas de déclenchement d'alerte canicule puissent être mises à jour.

NIORT, le

Signature,



CANICULE 2013

DEMANDE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION AU REGISTRE COMMUNAL

Demande d'inscription par une tierce personne:

Identification de la tierce personne :

NOM

Prénom

Adresse

Ville :

Téléphone :

en qualité de :

représentant légal

service d'aide ou de soins infirmiers à domicile

médecin traitant

autre (précisez) :

NIORT, le

Signature de la tierce personne,