|  |  |
| --- | --- |
| Mairie de CAUDAN[Place](https://www.pagesjaunes.fr/carte?bloc_id=04624607700001C0001&amp;no_sequence=1&amp;code_rubrique=70104600) Le Léannec02.97.80.59.20[www.caudan.fr](http://www.caudan.fr)mairie@caudan.fr | **Registre au profit des personnes âgées, des personnes en situation de handicap ou de personnes isolées****en cas de risques exceptionnels.** |

**FICHE D’INSCRIPTION 2020**

**Registre nominatif**

|  |  |
| --- | --- |
| **Personne concernée**NOM : PRENOMS | Date de naissance : Adresse :Téléphone fixe Téléphone portable |
| **Responsable Légal** (si mesure de protection)NOM : PRENOMS : | Adresse :Téléphone portable :Téléphone fixe : Téléphone professionnel : |
| **Personne à prévenir en cas d’urgence**NOM : PRENOMS | Adresse :Téléphone portable : Téléphone fixe : Téléphone professionnel : Adresse employeur : |

|  |  |
| --- | --- |
| **MEDECIN TRAITANT** | Coordonnées du médecin traitant : Nom :Prénom :Adresse du cabinet médical :Téléphone |
| **SANTE** | * Station debout pénible
* A mobilité réduite
* Fauteuil
* Canne
* Déambulateur
* Autre

Suivez-vous un traitement (facultatif)* Assistance respiratoire
* Dialyse
* Allergie
* Autre

Particularité alimentaire (régime…) : ……………………….Observations :……………………………………………...…. |
| **INTERVENANTS A DOMICILE** | Coordonnées des intervenants à domicile**Service d’aide à domicile**Nom du service Téléphone**Infirmière à domicile**Nom du service Téléphone |

Je soussigné, , atteste avoir été informé(e), que :

* L’inscription au registre nominatif n’est soumise à **aucune obligation de la personne bénéficiaire et chaque renseignement de la fiche est facultatif ;**
* Les données recueillies feront l’objet d’un traitement informatique uniquement destiné à aider les pouvoirs publics en cas de dispositif d’alerte exceptionnel au bénéfice de la population fragile ;
* Les informations recueillies seront transmises à Monsieur le Maire de Caudan enregistrées dans le registre des personnes vulnérables en cas de risques exceptionnels ;
* Les renseignements inscrits ont pour vocation d’aider les services publics mobilisés à porter assistance en cas de nécessité.

Fait à………………………………….. Le ………………………………….

Signature