

**Registre au profit des personnes âgées,  
des personnes en situation de handicap  
ou de personnes isolées  
en cas de risques exceptionnels.**

**A REMETTRE A L'ACCUEIL DE LA MAIRIE OU PAR MAIL A [nclairret@lafouillouse.fr](mailto:nclairret@lafouillouse.fr) / 04 77 30 28 87**

Ce registre des personnes vulnérables permet aux personnes qui s'y sont **inscrites volontairement**, d'être contactées par les services publics en cas d'évènement exceptionnel.

Les destinataires des données recueillies sont Monsieur Le Maire, Madame La Préfète sur demande, ainsi que les agents de la ville dûment mandatés tenus par le secret professionnel.

**FICHE D'INSCRIPTION 2022-2023**

**Registre Nominatif**

<p><b>PERSONNE(S) CONCERNÉE(S)</b></p> <p>NOM : PRENOMS : Date de Naissance :</p> <p>NOM : PRENOMS : Date de Naissance :</p>	<p>Téléphone fixe :</p> <p>Téléphone portable :</p> <p>Téléphone portable :</p>	<p>ADRESSE :</p> <p>Adresse Mail :</p>
<p><b>Responsable Légale (si mesure de protection)</b></p> <p>NOM : PRENOMS : Date de Naissance :</p>	<p>Téléphone portable :</p> <p>Téléphone fixe :</p> <p>Téléphone professionnel :</p>	<p>ADRESSE :</p> <p>Adresse Mail :</p>
<p><b>Personne à prévenir en cas d'urgence</b></p> <p>NOM : PRENOMS : Date de Naissance :</p>	<p>Téléphone portable :</p> <p>Téléphone fixe :</p> <p>Téléphone professionnel :</p> <p>Nom &amp; Adresse employeur :</p>	<p>ADRESSE :</p> <p>Adresse Mail :</p>

<p><b>Médecin traitant</b></p> <p>NOM &amp; Prénom</p>	<p>Adresse du cabinet médical :</p> <p>Téléphone :</p>
--	--

<b>Santé</b>	<input type="checkbox"/> Station debout pénible <input type="checkbox"/> A mobilité réduite <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Autre	
	Suivez-vous un traitement (Facultatif)	OUI / NON
	<input type="checkbox"/> Assistance respiratoire <input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Autre	
	Particularité alimentaire (régime, allergie...)	
	Observations :	

<b>Intervenants à domicile</b>	Coordonnées des intervenants à domicile
	Service d'aide à domicile : Nom du Service : Téléphone :  Infirmière à domicile : Nom : Téléphone :

<b>Informations diverses</b>	
------------------------------	--

Je soussigné(e)....., 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 renseignements inscrits ont pour vocaton d'aider les services publics mobilisés à porter assistance en cas de nécessité.

Fait à ....., Le .....

Signature