

**DEMANDE D'INSCRIPTION**  
**SUR LE REGISTRE NOMINATIF DE PREVENTION**  
**(CANICULE, INONDATIONS, DELESTAGE, PANDEMIE...)**

(Prévu à l'article L. 121-6-1)

Je soussigné(e) :

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : .....

Adresse précise : .....

Bâtiment : ..... Codes d'accès : .....

Etage : ..... N° d'appartement : .....

Type de logement :  Individuel  Collectif  Collectif avec gardien (téléphone) :

**Téléphone fixe** : ..... **Portable** : .....

**Sollicite mon inscription sur le registre des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence consécutif à une situation de risques exceptionnels, climatiques ou autres, en qualité de :**

- personne âgée de 70 ans et plus  
 personne en situation de handicap

Et dans ce cadre, je souhaiterais être appelé(e) régulièrement :  oui  non

Je déclare vivre :

seul(e)  en couple  en famille  Autre (précisez) : .....

J'ai des contacts réguliers avec l'extérieur :

famille  amis  voisins  Autre (précisez) : .....

Je suis bénéficiaire de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) :  Oui  Non

**En cas de délestage (coupures d'électricité localisées et temporaires) :**

J'ai un équipement médical (lit médicalisé, oxygène...) :

Oui, lequel : .....  Non

Si oui, j'ai des batteries autonomes au-delà de 2 heures :  Oui  Non

Avez-vous une mutuelle :  Oui  Non

Mes dates d'absences éventuelles entre le 01/06 et le 15/09 :

.....  
.....

Avez-vous besoin d'un transport :  Oui  Non

Nom et coordonnées du **médecin traitant** :

.....

| PRESTATIONS                                       | OUI<br>NON | COORDONNEES (NOM,<br>ADRESSE, TELEPHONE) | HORAIRES D'INTERVENTION |   |    |   |   |   |   |
|---|------------|--|-------------------------|---|----|---|---|---|---|
|   |            |  | L                       | M | Me | J | V | S | D |
| Portage de repas                                  |            |  |                         |   |    |   |   |   |   |
| Aide à domicile                                   |            |  |                         |   |    |   |   |   |   |
| Téléassistance                                    |            |  |                         |   |    |   |   |   |   |
| Soins à domicile<br>(SSIAD , HAD ou<br>infirmier) |            |  |                         |   |    |   |   |   |   |
| Aidant  |            |  |                         |   |    |   |   |   |   |
| Autres (voisins...)                               |            |  |                         |   |    |   |   |   |   |

**Encadré à compléter si la demande est faite par un tiers :**

**La personne concernée par l'inscription devra impérativement prendre connaissance du document et le signer.**

**Merci d'indiquer vos coordonnées :**

Nom : ..... Prénom : .....

Lien (enfants, amis, voisins...) : .....

Téléphone : .....

Adresse

.....  
.....

**Coordonnées de la ou les personnes à contacter en cas d'urgence (coordonnées téléphoniques indispensables) :**

Nom: ..... Prénom : .....

Lien (enfants, amis, voisins, ...) : ..... Téléphone : .....

## VILLE DE REVIGNY-SUR-ORNAIN

### Mentions légales

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 (obligation légale, art. L121-6- 1 du code de l'action sociale et des familles). Le responsable de ce registre nominatif, mis à jour chaque année est le Maire de Revigny-sur-Ornain, Président du Centre Communal d'Action Sociale. Les destinataires des données recueillies sont le Maire, les agents du Centre Communal d'Action Sociale de Revigny-sur-Ornain, des services municipaux chargés de la prévention des risques et de gestion de situation de crise de Revigny-sur-Ornain ainsi que, sur sa demande, le Préfet.

Conformément à la loi n°78-17 « Informatique et Libertés » et au Règlement Général à la Protection des Données, vous disposez de droits d'opposition, d'accès, de rectification et de suppression des données qui vous concernent en vous adressant par courrier au Centre Communal d'Action Sociale de Revigny-sur-Ornain – 9 avenue de la Haie Herlin – 55800 REVIGNY-SUR-ORNAIN ou par courriel à direction.ccas@revigny-sur-ornain.fr. Pour toutes questions relatives à la protection de vos données personnelles vous pouvez contacter le délégué à la protection des données de la commune à l'adresse mairie@revigny-sur-ornain.fr ou en demandant auprès de votre mairie.

### IMPORTANT :

- 1 – J'autorise le CCAS à intégrer les informations de ce document au fichier des personnes à contacter.
- 2 - Je suis informé(e) que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de ma part.
- 3 - En m'inscrivant sur ce registre, je prends note que je suis susceptible d'être appelé(e) et que si toutefois je fais partie des personnes contactées par le CCAS, en cas de non-réponse aux éventuels appels téléphoniques répétés, ce dernier peut être amené, par étape, à contacter mes proches, gardiens d'immeuble, hôpitaux, les pompiers...

**Si nécessaire, une ouverture forcée de ma porte d'entrée ou de ma fenêtre (à ma charge) pourra être envisagée.**

### Formulaire à renvoyer : Centre Communal d'Action Sociale

9 avenue de la Haie Herlin – 55800 REVIGNY-SUR-ORNAIN



Attention, tout formulaire incomplet ne pourra pas être pris en compte.



J'accepte les mentions légales et signe mon formulaire

**Cocher la case** pour accepter les mentions légales puis dater et signer pour valider l'inscription sur le registre.

Date :

Signature :

## VILLE DE REVIGNY-SUR-ORNAIN

**FORMULAIRE A TRANSMETTRE AU CCAS : 9 AVENUE DE LA HAIE HERLIN 55800 REVIGNY SUR ORNAIN**  
**ou par mail : [contact.ccas@revigny-sur-ornain.fr](mailto:contact.ccas@revigny-sur-ornain.fr)**

CCAS de Revigny sur Ornain

RESIDENCE AUTONOMIE DOCTEUR PIERRE DIDON

9 avenue de la haie Herlin

55800 REVIGNY SUR ORNAIN

Tél : 03 29 75 60 59

N° FINESS : 55 000 226 5

N° SIRET : 265 500 389 000 27

Noms des référents :

P.BURGAIN, Président du CCAS, 06 78 19 51 16

A.DESTENAY, Vice-Présidente du CCAS, 06 15 72 63 24

K.LESSERTEUR, Directrice du CCAS, 06 28 28 35 54

Agence Régionale de Santé Grand Est



**SIGNALER, ALERTER, DÉCLARER**  
➤ 24H/24 - 7J/7  
[ars-grandest-alerte@ars.sante.fr](mailto:ars-grandest-alerte@ars.sante.fr)  
 **09 69 39 89 89**  
**FAX 03 10 01 01 61**

Sapeurs-pompiers : 18

Gendarmerie : 03 29 75 63 97

SAMU :15

Services d'urgences, mobile : 112