

**PLAN D’ALERTE**

**DEMANDE D’INSCRIPTION SUR LE REGISTRE D’ALERTE**

Les mairies et les CCAS jouent un rôle essentiel dans le cadre du **« Plan d’alerte »,** notamment pour la mise en place d’un registre communal recensant les personnes isolées les plus vulnérables qui sont domiciliées sur la commune de GARAT.

En cas de déclenchement du plan d’alerte « Canicule », un contact sera mis en place avec les personnes inscrites sur ce registre afin de leur apporter les conseils et l’assistance dont elles ont besoin.

La personne ou son représentant, doit faire l’inscription par écrit (voir formulaire ci-dessous).

Cette inscription est facultative et peut fait l’objet d’une radiation à tout moment sur simple demande. Il vous appartient de signaler au CCAS de Garat toute modification concernant vos données.

*Par la présente, je souhaite m’inscrire ou faire inscrire un proche 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 (canicule, froid…) ou (inondations, pannes électriques …).*

* **Personne à inscrire**

Nom marital : ................................................................Prénom : ..............................................................

Nom de jeune fille : .....................................................................................................................................

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

Vit : □ seul(e) □ en couple □ Autre précisez : .............................................................................

Adresse : ........................................................................................................................................................

Téléphone (obligatoire) : ...........................................................................................................................

Portable : ....................................................… Mail : ..................................................................................

* **Qualité de la personne à inscrire**

 Personne âgée □ de 65 ans et plus □ de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail

 □ Personne adulte handicapée

* **Qualité de la personne qui inscrit**

Inscription faite □ en nom propre □ par un tiers (si oui, remplir les informations suivantes)

Je soussigné(e)

Nom : ...................................................................................Prénom : ....................................................…

Agissant en qualité de

 □ Représentant légal □ Services d’aide à domicile/de soins inﬁrmiers à domicile

□ Médecin traitant □ Autre : (préciser) : ....................................................…

Adresse : ..........................................................................................................................................................

Numéro de téléphone :................................................................Mail :........................................................

* **Absences prévues**

 □ Absences prévues durant la période estivale du .............................au ................................

□ Absences non prévues à ce jour

* **Personnes référentes**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Contact n° 1 | Contact n° 2 |
| NomPrénom | ................................................................................................................ | ................................................................................................................................. |
| Adresse | ............................................................................................................ | ............................................................................................................................... |
| N° de téléphone | Domicile :......................................Portable : ......................................Travail  :....................................... | Domicile :.............................................Portable : ............................................Travail  :............................................. |
| Mail | ........................................................ | ................................................................ |
| Lien (famille, voisinage, amis ...) | ..................................................… | .......................................................... |

* **Les professionnels (Nom/Prénom, numéro de téléphone, mail )**

Médecin traitant : ……………………………………………………………………………………….……...

Infirmier(e) à domicile : ……………………………………………………………………………...……......

Services d’aide ou de soin à domicile : ………………………………………………………………......

Si vous n'avez pas d'entourage, souhaiteriez-vous être contacté par des agents du CCAS pour une évaluation de votre situation : □ Oui □ Non

Je souhaite être alerté par sms : □ Oui □ Non

Je souhaite être appelé : □ Oui □ Non

Conformément aux dispositions prévues par le Règlement Européen sur la Protection des Données personnelles (Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016) et la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles), les informations recueillies dans ce formulaire sont collectées et conservées par la Mairie de Garat, responsable de traitement, dans une finalité de constitution d’un registre d’alerte de type « plan canicule ».

La base légale du traitement est le consentement.

L’Agence Technique Départementale de la Charente agit en tant que Déléguée à la Protection des Données (dpo@atd16.fr) de la commune de Garat.

Les données collectées seront communiquées uniquement au personnel de la mairie et aux membres de la commission administrative du CCAS.

Les données sont conservées pendant une durée de 6 ans.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données.

Vous pouvez également retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectées, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

* Je consens figurer sur le registre d’alerte plan communal de la commune de Garat.

Fait à ………………………………………………… le …………………………………………………………

Signature obligatoire de la personne inscrite au registre :