

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF**

Prévu à l'article L.121-6-1 du code de l'action sociale et des familles

**BULLETIN D'INSCRIPTION 2023**

Bulletin à remplir en **LETTRE MAJUSCULES**, soit :

- Par la personne âgée ou handicapée,
- Par un tiers (représentant légal, intervenant médico-social, entourage, parent, ami).

Et à retourner par courrier au : **VILLE DE LUXEUIL LES BAINS**

**Pôle Solidarités-CCAS**

**Hôtel de ville, 1 Place Saint Pierre**

**70300 Luxeuil-Les-Bains**

Ou par courriel : [Pole.solidarites@luxeuil-les-bains.fr](mailto:Pole.solidarites@luxeuil-les-bains.fr)

Pour tout renseignement, contacter le Pôle Solidarités et CCAS au 03 84 40 64 52

**1- IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE**

M.

Mme

NOM : ..... PRÉNOM(S) : .....

NÉ(E) LE : ..... \ ..... \ ..... À .....

ADRESSE : .....

.....

TÉLÉPHONE : ..... SITUATION FAMILIALE : isolé(e)  couple  en famille

**Je sollicite mon inscription sur le registre des personnes à contacter par la cellule d'urgence et d'entraide en cas de déclenchement du plan d'alerte consécutif à une situation sanitaire exceptionnelle (canicule, épidémie...).**

Je demande mon inscription :

- en qualité de personne âgée de 65 ans et plus
- en qualité de personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail
- en qualité de personne handicapée
- Personne isolée (en cas de confinement ou mise en quatorzaine)

**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.**

**2- RÉFÉRENCES DE SERVICE MÉDICAL OU SOCIAL INTERVENANT A VOTRE DOMICILE OU EN CONTACTE AVEC VOUS**

Je déclare bénéficiaire de l'intervention :

- d'un service d'aide à domicile

Intitulé du service : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

- d'un service de soins infirmiers à domicile

Intitulé du service : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

- d'un autre service

Intitulé du service : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

- d'aucun service à domicile

### 3- PERSONNES DE VOTRE ENTOURAGE A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE ET MEDECIN TRAITANT

NOM / Prénom(s) : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

NOM du Médecin traitant : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

### 4- SI LE BULLETIN EST REMPLI POUR LE BÉNÉFICIAIRE PAR UN TIERS, VEUILLEZ PRÉCISER VOS COORDONNÉES :

M.

Mme

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Agissant en qualité de :

Représentant légal

Service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile

Médecin traitant

Autre (merci de le préciser) .....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande.

Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler aux services municipaux toute modification concernant ces informations, aux fins de mettre à jour les données permettant de me contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte de la cellule d'urgence et d'entraide.

Fait à ....., le .....

Signature obligatoire

*La ville de Luxeuil-les-Bains responsable du traitement des données contenues dans ce formulaire, vous informe que ce traitement correspond à une mission d'intérêt public au regard de l'article 6 du Règlement Général sur la Protection des Données (RGDP).*

*Les données recueillies sont nécessaires pour vous apporter conseils et assistance en cas d'événements sanitaires exceptionnels.*

*Elles sont destinées exclusivement au personnel du Pôle Solidarités-CCAS chargé de l'enregistrement de l'inscription et de la mise en œuvre du service d'entraide. En aucun cas elles ne seront rendues accessibles à des tiers sans votre accord exprès le cas échéant. Conformément à la Loi Informatique et Libertés ainsi qu'aux dispositions du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), vous bénéficiez :*

- *D'un droit d'accès, de rectification ou de suppression des informations vous concernant et/ou concernant votre enfant*
- *Du droit à la portabilité de vos données*
- *Du droit à la limitation d'un traitement vous concernant et/ou concernant votre enfant. Vous pouvez, par exemple, limiter les supports (site de la Ville, expositions, presse...) sur lesquels les photographies et vidéos de votre enfant peuvent être diffusées.*
- *Du droit, pour motifs légitimes, de vous opposer à ce que vos données fassent l'objet d'un traitement*

*Tout exercice de ces droits peut s'effectuer sur simple demande en vous adressant par courriel à : [mes-donnees-personnelles@luxeuil-les-bains.fr](mailto:mes-donnees-personnelles@luxeuil-les-bains.fr) ou par voie postale à : Mairie de Luxeuil-les-Bains, 1 Place Saint Pierre. Un justificatif d'identité sera requis pour toute demande d'exercice de droits.*