



# Mairie des Adrets de l'Estérel

## Centre Communal d'Action Sociale

Fiche d'inscription au registre des personnes âgées et/ou dépendantes et/ou en situation de handicap, domiciliées sur la commune des Adrets de l'Estérel

### Personne concernée à inscrire :

Nom - Prénom	
Date de naissance	
Adresse complète et détaillée	
Numéro de téléphone	

### Personne à prévenir en cas d'urgence :

Lien de parenté ou Tuteur (trice)	
Nom - Prénom	
Adresse complète et détaillée	
Numéro de téléphone	

### Médecin traitant ou infirmière

Nom - Prénom	
Adresse complète et détaillée	
Numéro de téléphone	

Je soussigné(e), ..... demande mon inscription au registre nominatif des personnes âgées et/ou dépendantes et/ou en situation de handicap, habitant aux Adrets de l'Estérel et atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés dans ce présent formulaire.

En cochant cette case, j'accepte d'être contacté(e) par les services du C.C.A.S en cas de déclenchement du Plan de Gestion de Crise Départementale par le Préfet du département afin de permettre une intervention ciblée des services sanitaires et sociaux.

Fait à ..... le ..... **Signature obligatoire :**

Ce formulaire est soumis aux dispositions de la loi «Informatique et Libertés» du 6 janvier 1978 qui protège les droits et les libertés individuelles. Ces informations collectées sont exclusivement dédiées aux administrations et organismes habilités à intervenir sous l'autorité du Préfet en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.

Les personnes concernées par ce formulaire ont un droit d'accès et de rectification de leurs informations nominatives lesquelles sont stockées ou traitées informatiquement.

Ce droit d'accès s'exerce directement auprès de la mairie en vous adressant à Monsieur le Maire des Adrets de l'Estérel.