

Je soussigné.e, Mme / Mr _____

Atteste avoir été informé.e, en qualité de personne vulnérable, parents, tuteur, curatelle, ou autre représentant légal (nom et prénom) _____ que :

> L'inscription au registre nominatif n'est soumise à **aucune obligation** et **chaque renseignement** de ce questionnaire est **facultatif**.

> Les informations recueillies seront transmises à la commune de Trignac dans le cadre du plan d'alerte et d'urgence au profit des personnes âgées et des personnes handicapées en cas de risques exceptionnels, dispositif d'alerte ponctuelle à la population fragile.

> Cette fiche de renseignements a pour vocation d'aider les services publics mobilisés à me porter assistance en cas de nécessité.

> La confidentialité des informations est garantie. Les données collectées sont enregistrées et conservées dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Le droit d'accès et de rectification s'exerce auprès du Centre Communal d'Action Sociale de la ville de Trignac.

Fais à _____, le ____/____/____

Signature

Toutes les données recueillies par ce formulaire sont facultatives. Elles font l'objet d'un traitement informatique uniquement destiné à 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.

Le responsable de ce registre nominatif, mis à jour chaque année, est le Maire de Trignac. Les destinataires des données recueillies sont le Maire, les agents du service de prévention des risques et de gestion de situation de crise de Trignac, ainsi que sur sa demande, le Préfet.

Conformément à la loi n°78-17 « Informatique et Libertés », vous disposez de droits d'opposition, d'accès, de rectification et de suppression des données qui vous concernent en vous adressant au CCAS de Trignac :

- par courrier : 36 rue Léo Lagrange 44570 TRIGNAC
- par courriel : ccas@mairie-trignac.fr



Registre des personnes vulnérables

Fiche d'inscription

En période de canicule, de grand froid, de crise sanitaire ou lors de catastrophes naturelles, les communes doivent faciliter la prise en charge des personnes les plus fragiles et isolées. L'inscription sur ce registre nous permet de prendre contact avec vous. Par exemple, en cas de canicule nous mettons à disposition une salle climatisée avec possibilité de transport. Si vous vous sentez en situation de fragilité, pensez à vous inscrire sur ce registre !

Cette inscription est **volontaire** et **facultative** et les données collectées sont **confidentielles**. Tous les champs du formulaire sont facultatifs.

Inscription valable jusqu'au **31 décembre 2023**, le renouvellement vous sera envoyé chaque fin d'année. Pensez à nous prévenir pour tout changement à l'adresse suivante :

CCAS de Trignac

Bâtiment Escale 36 rue Léo Lagrange 44570 TRIGNAC
ccas@mairie-trignac.fr / 02 40 17 57 80

Votre identité :

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance ____/____/____

Vos coordonnées :

Adresse _____

_____ 44570 TRIGNAC

Présence d'une boîte à clés

Fixe ____/____/____/____/____ Mobile ____/____/____/____/____

Mail _____@_____

Autres informations : _____

Personne à prévenir en cas d'urgence 1

Nom _____ Prénom _____

Lien _____

Adresse _____
_____ 44570 TRIGNAC

Fixe ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Mobile ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Tél pro ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Mail _____@_____

Adresse employeur _____

Personne à prévenir en cas d'urgence 2

Nom _____ Prénom _____

Lien _____

Adresse _____
_____ 44570 TRIGNAC

Fixe ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Mobile ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Tél pro ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Mail _____@_____

Adresse employeur _____

Intervenant(s) extérieur(s)

Portage de repas - Nom de l'organisme _____

Aide à domicile - Nom de l'organisme _____

Journalière Hebdomadaire mensuelle

Téléassistance

Aidant familial - Nom _____ Tél ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Infirmier - Nom _____ Tél ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Médecin traitant - Nom _____ Tél ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Moyens d'évacuation

Escalier Fenêtre Brancart Chaise Autre _____

Transport

Assis Debout Allongé Chaise Autres _____

PHRV (Patient à Haut Risque Vital)

Il s'agit des :

- personnes sous respirateur artificiel avec une autonomie inférieure ou égale à 4h/jour
- enfants sous nutrition parentérale (enfants alimentés par voie intraveineuse via un cathéter placé dans une veine)

Êtes-vous identifié.e PHRV en cas de coupures d'électricité exceptionnelles (délestage) ?

oui non

Si oui avez-vous rempli le formulaire de demande d'information particulière en cas de coupure d'électricité auprès de l'ARS (Agence Régionale de Santé) ? oui non

<https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/patient-haut-risque-vital-soyez-informe-en-cas-de-coupeure-electrique-6>

Pour les patients sous oxygénothérapie, (PHRV ou non), un service d'astreinte 24h/24 et 7j/7 est prévu par votre fournisseur d'oxygénothérapie ainsi que, à la demande de votre prescripteur, la mise à disposition d'une bouteille d'oxygène gazeux de secours, si vous disposez d'un concentrateur fixe ou d'oxygène liquide.

Êtes-vous inscrites au Plan de Sauvegarde de la ville ?

Oui Non