

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION 2024  
SUR LE REGISTRE NOMINATIF DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES  
HANDICAPEES VULNERABLES, FRAGILES et ISOLEES EN CAS DE RISQUES  
EXCEPTIONNELS**

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

**Bulletin à remplir en LETTRES MAJUSCULES  
et à déposer ou retourner par courrier ou par courriel au :**

[phare@mairie-villefontaine.fr](mailto:phare@mairie-villefontaine.fr)

**PHARE 39, rue Jean Paul Sartre**

**38090 VILLEFONTAINE.**

**1- IDENTIFICATION DU OU DES BENEFICIAIRE(S) A DOMICILE.**

Mme  M.

Mme  M.

NOM : .....

NOM : .....

PRENOM(S).....

PRENOM(S).....

NE(E) LE : ...../...../.....

NE(E) LE : ...../...../.....

ADRESSE :

.....  
.....

TELEPHONE(S) : .....

Adresse mail : .....

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

**En cas de changement de coordonnées (adresse ou téléphone), je m'engage à vous communiquer mes nouvelles coordonnées.**

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.

**Je suis informé(e) que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande écrite de ma part.**



**Le Phare**

*Au service des Villards de plus de 60 ans*

**39 Rue Jean Paul Sartre**

**38090 Villefontaine**

04 74 96 58 61

[phare@mairie-villefontaine.fr](mailto:phare@mairie-villefontaine.fr)

**2- REFERENCES DU SERVICE MEDICAL OU SOCIAL INTERVENANT A VOTRE DOMICILE OU EN CONTACT 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'aucun service à domicile.

**3-PERSONNES DE VOTRE ENTOURAGE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE.**

① NOM/ Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Lien de la personne à contacter avec la personne inscrite : .....

② NOM/ Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Lien de la personne à contacter avec la personne inscrite : .....

**4-MENTION DE VOS PERIODES D'ABSENCE CET ETE :**

➤ Absences en juin/ juillet 2024 :

.....

➤ Absences en août/septembre 2024 :

.....

SITUATION au domicile pendant l'été :

Sera seul(e)

sera en couple

sera en famille

**Il est important de nous signaler par téléphone au 04 74 96 58 61 ou mail toute absence éventuelle, non prévue lors de cette inscription, pendant l'été ou autre période à risque**



**Le Phare**

*Au service des Villards de plus de 60 ans*

**39 Rue Jean Paul Sartre**

**38090 Villefontaine**

04 74 96 58 61

phare@mairie-villefontaine.fr



**5- SI LE BULLETIN EST REMPLI POUR LE BENEFICIAIRE PAR UN TIERS, VEUILLEZ  
PRECISER VOS COORDONNEES :**

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 .....

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 via le **PHARE**  
**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 et d'urgence.



Le CCAS peut être amené à vous orienter vers des professionnels habilités qui peuvent en complément, vous venir en aide ou en support dans certaines démarches administratives, sociales ou pour toutes situations préoccupantes. Afin de respecter votre vie privée, cette diffusion nécessite votre accord en cochant la case correspond à votre choix :

J'accepte, à cette fin, que mes coordonnées soient transmises par le CCAS à des organismes ou partenaires spécialisés et habilités.

Je n'accepte pas.

Fait à ..... Le .....

Signature obligatoire.

- Les informations communiquées demeurent confidentielles. Elles seront néanmoins transmises au préfet et, le cas échéant, aux services sociaux et sanitaires chargés de l'organisation et de la coordination des interventions à domicile dans le cadre de la mise en œuvre du Plan d'alerte et d'urgence départemental en cas de risques exceptionnels.

- En application de l'article 40 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, toute personne inscrite au registre communal des personnes âgées ou handicapées à droit d'accès et de rectification des informations nominatives la concernant.

- Toute personne inscrite au registre communal des personnes âgées ou handicapées peut obtenir sa radiation du registre, à tout moment, sur simple demande.

*La diffusion de ces données à des personnes non autorisées à y accéder ou le détournement sont passibles des peines pénales pouvant aller jusqu'à cinq ans d'emprisonnement et 300 000 euros d'amendes. Bien entendu, out autre traitement des données recueillies dans les conditions du présent décret doit préalablement faire l'objet de formalités déclaratives auprès de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL).*



**Le Phare**

*Au service des Villards de plus de 60 ans*

**39 Rue Jean Paul Sartre**

**38090 Villefontaine**

04 74 96 58 61

phare@mairie-villefontaine.fr

