

Vous connaissez  
des personnes isolées, vulnérables ?

Faites-leur connaître le registre  
des personnes vulnérables  
ou signalez-les, avec leur accord,  
auprès du Centre Communal d'Action Sociale.

**INSCRIPTION :**

**CCAS**  
05 61 39 54 05  
Place de la Fraternité  
2 Rue Rosa Parks  
[accueil.ccas@mairie-saint-orens.fr](mailto:accueil.ccas@mairie-saint-orens.fr)

**REGISTRE COMMUNAL  
DES PERSONNES VULNÉRABLES**

Ne restez pas isolés,  
signalez-vous !

En cas de risques exceptionnels ou de dispositif d'alerte,  
certaines personnes isolées ou vulnérables nécessitent  
une attention particulière.



Pensez à vous  
et soyez attentifs aux autres

### Personne concernée par l'inscription :

Nom - Prénom : .....

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

Adresse : .....

..... 31650 Saint-Orens de Gameville

Téléphone fixe : .....

Téléphone portable : .....

Adresse mail : .....

Vous vivez : seul(e) ☐ en couple\* ☐ en famille ☐

\* Votre conjoint(e) est inscrit(e) sur le registre : ☐ Oui ☐ Non

Merci de cocher la case correspondante :

☐ J'ai plus de 65 ans

☐ J'ai plus de 60 ans et je suis reconnu(e) inapte au travail

☐ J'ai une reconnaissance de personne adulte en situation de handicap

☐ Je suis isolé(e) et/ou vulnérable

À préciser : .....

### Demandeur de l'inscription (si différente de la personne concernée)\* :

Nom : ..... Prénom : .....

Lien avec la personne : .....

### Services intervenant à mon domicile (aide à domicile, infirmier...) :

| Structure | Adresse | Téléphone | Structure |
|-----------|---------|-----------|-----------|
|           |         |           |           |
|           |         |           |           |

\* Le demandeur de l'inscription sur le registre doit avoir informé la personne concernée et celle-ci doit avoir donné son accord.

### Médecin traitant :

| Nom/Cabinet | Téléphone |
|-------------|-----------|
|             |           |

J'ai la Téléassistance : ☐ Oui ☐ Non

Je suis en situation de mobilité réduite : ☐ Oui ☐ Non

En cas d'urgence, je dois impérativement emporter du matériel médical :

☐ Oxygène ☐ Autre : .....

### Personnes à prévenir en cas d'urgence (famille, entourage...) :

| Nom/Prénom | Ville | Téléphone | Lien (famille, amis...) |
|------------|-------|-----------|-------------------------|
|            |       |           |                         |
|            |       |           |                         |
|            |       |           |                         |

### AUTRE(S) RENSEIGNEMENT(S) UTILE(S) :

.....

.....

.....

Le ...../...../.....

Signature :

*Toutes les données recueillies par ce formulaire sont facultatives. Elles sont uniquement destinées 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.*

*Ce traitement est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public, prévu par le Code de l'Action Sociale et des Familles (art L.116-3, L.121-6-1 et R 121-2). Le responsable de ce registre nominatif est le Maire et Président du CCAS de Saint-Orens de Gameville.*

*Les destinataires des données recueillies sont le Maire et Président du CCAS,*

*les agents du CCAS habilités et les membres de la cellule de crise, ainsi que, sur sa demande, le Préfet.*

*Conformément à la loi n°78-17 « Informatique et Libertés » et au RGPD, vous disposez de droits d'accès et de rectification des données qui vous concernent en vous adressant par courrier au CCAS, 2 Rue Rosa Parks 31650 Saint-Orens de Gameville ou par courriel à [accueil.ccas@mairie-saint-orens.fr](mailto:accueil.ccas@mairie-saint-orens.fr). Pour toutes questions relatives à la protection de vos données personnelles, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données de la commune à l'adresse [dpo@mairie-saint-orens.fr](mailto:dpo@mairie-saint-orens.fr).*