



DEPARTEMENT DE L'HERAULT

MAIRIE DE  
SAINT MARTIN DE LONDRES  
34 380

☎ 04 67 55 00 10  
Fax 04 67 55 70 42

## Recensement des personnes âgées/vulnérables/isolées de la commune

# Demande d'inscription sur le registre nominatif confidentiel de la ville de Saint-Martin-de-Londres

Ce registre a pour finalité de permettre, en cas de nécessité, l'intervention des services sanitaires et sociaux dans les meilleures conditions des personnes les plus fragiles et les plus vulnérables.)

En prévision de périodes particulièrement difficiles pour les personnes vulnérables (fortes intempéries, canicule, épidémies...), un registre est tenu en Mairie afin de localiser au mieux les personnes les plus fragiles que ce soit par leur âge, leur handicap, ou leur isolement (loi du 30 juin 2004 relative à l'autonomie des personnes âgées et handicapées).

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_ déclare  
souhaiter que les renseignements ci-après soient recueillis par la Mairie de Saint-Martin-de-  
Londres.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_.

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse précise : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

**Situation** - Cocher la case :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> personne âgée de 65 ans et plus | <input type="checkbox"/> personne de + 60 ans reconnue inapte au travail |
| <input type="checkbox"/> personne adulte handicapée.     | <input type="checkbox"/> autre (précisez) _____                          |



**ENTOURAGE AIDANT - FAMILLE - VOISIN – AMI (rayer les mentions inutiles)**

Personne 1

Nom : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Jours de passage : \_\_\_\_\_

Personne 2

Nom : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Jours de passage : \_\_\_\_\_

**CABINET MEDICAL – MEDECIN TRAITANT**

Nom : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

**INTERVENANT A DOMICILE :**

**Cabinet infirmier :**

Nom : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

**Cabinet Kiné**

Nom : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

**Aide à domicile**

Nom de l'association : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Nom de l'intervenant : \_\_\_\_\_

Jours et heures de passage : \_\_\_\_\_

### **Portage de repas et autre**

Nom de l'association : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Nom de l'intervenant : \_\_\_\_\_

Jours et heures de passage : \_\_\_\_\_

### **AUTRES INTERVENANTS**

Télé alarme

Nom de l'association : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Observation : \_\_\_\_\_

### **NOM, ADRESSE, TELEPHONE DES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :**

Nom, adresse et téléphone de la ou des personne(s) à contacter en cas d'urgence (précisez la nature du lien) :

Nom : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

**NOM ET QUALITE DE LA TIERCE PERSONNE QUI A EFFECTUE LA DEMANDE**  
(représentant légal, parent, voisin, médecin traitant, service...)

Nom : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Je demande à figurer sur le registre municipal afin d'être contacté(e) en cas de déclenchement par la Préfecture d'un plan d'alerte et d'urgence (canicule, épidémie, inondations, etc.).

Saint-Martin-de-Londres, le \_\_\_\_\_

Signature(s)

*Les données recueillies par la commune de Saint-Martin-de-Londres par le biais de ce formulaire sont uniquement destinées à la gestion de votre demande, et ne sont pas cédées ou transmises à un tiers.*

*Elles sont conservées dans un fichier sécurisé "Recensement des personnes vulnérables" géré par le CCAS pour le traitement exclusif de votre demande.*

*Conformément à la loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de directives sur vos données après décès (vos données seront supprimées à défaut de directives contraires de votre part) que vous pourrez exercer en envoyant un mail à l'adresse [mairie@ville-smdl.fr](mailto:mairie@ville-smdl.fr) ou un courrier à CCAS, 9 place de la Mairie, 34380 Saint-martin-de-Londres, accompagné d'une photocopie d'une pièce d'identité.*

*Les informations contenues dans ce formulaire font l'objet d'un traitement informatisé. Vous pouvez exercer votre droit d'accès à ces informations auprès du Centre communal d'action sociale (CCAS : [mairie@ville-smdl.fr](mailto:mairie@ville-smdl.fr)) et demander leur correction si elles sont inexactes, conformément aux modalités prévues par la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.*

**Cadre réservé à l'administration**

Demande reçue le : \_\_\_\_\_

Traitement effectué le : \_\_\_\_\_

Radiation : \_\_\_\_\_

Commentaire :

---

---

---

---

---

---