

# Registre des personnes vulnérables

## 2025-2026

### FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Merci de bien vouloir compléter et adresser ce formulaire au CCAS de Déville-Lès-Rouen  
1 place François Mitterrand – 76250 Déville-Lès-Rouen

#### ⊕ PERSONNE CONCERNEE PAR LA DEMANDE : Monsieur Madame

NOM : ..... PRENOM : .....

NE(E) : ..... / ..... / ..... à .....

ADRESSE : .....

TELEPHONE FIXE : ..... TEL PORTABLE : .....

CONDITIONS DE VIE :  vit seul(e)  en couple  en famille

Si vit seule :  Famille / entourage à proximité  isolé(e)

Je sollicite mon inscription sur le registre communal des personnes vulnérables et j'accepte d'être contacté(e) en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence consécutif à une situation de risques exceptionnels, climatiques ou autres. Je m'engage à transmettre au CCAS les périodes durant lesquelles je ne serai pas joignable

#### ⊕ L'INSCRIPTION EST DEMANDEE AU TITRE DE :

Personne de 65 ans et plus  Personne en situation de handicap

Registre des personnes vulnérables		
1. Avez-vous 65 ans ou plus ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
2. Etes-vous en situation de handicap ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
3. Avez-vous besoin de quelqu'un pour vous aider régulièrement ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
4. Est-ce que des problèmes de santé vous obligent à rester chez vous ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
5. Est-ce que des problèmes de santé vous obligent à limiter vos activités ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
6. Avez-vous un proche ou une personne de confiance qui peut venir vous aider en cas de besoin ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
7. Avez-vous des difficultés à vous déplacer au quotidien ? (à l'extérieur ou chez vous)	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non

 **REFERENCES DES PROFESSIONNELS MEDICO-SOCIAUX :**

- Médecin Traitant      Nom / téléphone : .....
- Téléassistance      Nom / téléphone : .....
- Soin à domicile      Nom / téléphone : .....
- Aide-ménagère à domicile      Nom / téléphone : .....
- Portage de repas à domicile      Nom / téléphone : .....

 **PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :**

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

.....  
TELEPHONE FIXE : ..... TEL PORTABLE : .....

LIEN AVEC LA PERSONNE CONCERNEE PAR LA DEMANDE : .....

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

.....  
TELEPHONE FIXE : ..... TEL PORTABLE : .....

LIEN AVEC LA PERSONNE CONCERNEE PAR LA DEMANDE : .....

 **SI LE BULLETIN EST REMPLI PAR UN TIERS :**

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

.....  
TELEPHONE FIXE : ..... TEL PORTABLE : .....

DEMANDE EN QUALITE DE : .....

Toutes les données recueillies par ce formulaire sont facultatives. Vos données seront traitées uniquement afin d'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 (art. L121-6 du code de l'action sociale et des familles). Le responsable de ce registre nominatif mis à jour chaque année est le Maire de la commune de Déville lès Rouen. Les destinataires des données recueillies sont le Maire, les agents du CCAS ainsi que, sur sa demande, le préfet.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données et de la législation nationale en vigueur, vous disposez de droits d'opposition, d'accès et de rectification des données qui vous concernent en adressant un courrier à : Mairie de Déville lès Rouen, 1 place François Mitterrand, 76250 Déville lès Rouen.

Date :  
Signature :

