

**Registre au profit des personnes âgées, des personnes  
en situation de handicap ou de personnes isolées  
en cas de risques exceptionnels.**

Conformément à la LOI n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, la municipalité de Montceaux-lès-Meaux organise et met à jour le registre des personnes vulnérables de sa commune.

Ce registre des personnes vulnérables permet aux personnes qui s'y sont **inscrites volontairement**, d'être contactées par les services publics en cas d'événement exceptionnel.

Les destinataires des données recueillies sont le Maire, la commission CCAS et Monsieur le Préfet sur demande, ainsi que les agents de la ville dûment mandatés, et tenus par le secret professionnel.

**FICHE D'INSCRIPTION AU REGISTRE NOMINATIF**

<p><b><u>Personne concernée</u></b></p> <p>NOM :</p> <p>PRENOMS :</p> <p><b><u>Responsable légal (si mesure de protection)</u></b></p> <p>NOM :</p> <p>PRENOMS :</p>	<p>Date de naissance :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone portable :</p> <p>Téléphone fixe :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone portable :</p> <p>Téléphone fixe :</p> <p>Téléphone professionnel :</p>
<p><b><u>Personne à prévenir en cas d'urgence</u></b></p> <p>NOM :</p> <p>PRENOMS :</p>	<p>Adresse :</p> <p>Téléphone portable :</p> <p>Téléphone fixe :</p>
<p align="center"><b>MEDECIN TRAITANT</b></p>	<p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Adresse du cabinet médical :</p> <p>Téléphone :</p>

<b>SANTE</b>	<input type="checkbox"/> Station debout pénible <input type="checkbox"/> A mobilité réduite <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Autre  Suivez-vous un traitement (facultatif) <input type="checkbox"/> Assistance respiratoire <input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Autre Particularité alimentaire (régime...) :..... :..... Observations :..... :.....
<b>INTERVENANTS A DOMICILE</b>	<b>Service d'aide à domicile :</b> Nom du service : Téléphone :  <b>Infirmière à domicile :</b> Nom du service : Téléphone :

Je soussigné(e), ....., atteste avoir été informé(e), que :

- l'inscription au registre nominatif n'est soumise à **aucune obligation de la personne bénéficiaire et chaque renseignement de la fiche est facultatif ;**

- les données recueillies feront l'objet d'un traitement informatique uniquement destiné à aider les pouvoirs publics en cas de dispositif d'alerte exceptionnel au bénéfice de la population fragile ;

- les renseignements inscrits ont pour vocation d'aider les services publics mobilisés à porter assistance en cas de nécessité.

Fait à..... le .....

Signature