

DEPARTEMENT
DE SEINE-ET-MARNE



ARRONDISSEMENT DE MEAUX

CANTON DE CLAYE-SOUILLY

C O M M U N E

DE

C H A M B R Y

✉ 10 rue de la Ville
77910 CHAMBRY

☎ 01.64.34.04.77

✉ mairie-chambry@orange.fr

Objet : Fiche d'inscription au registre nominatif des personnes âgées, des personnes en situation de handicap ou de personnes isolées en cas de risques exceptionnels.

Madame, Monsieur,

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, l'équipe municipale met en place un registre de personnes considérées comme « vulnérables » qui demeurent sur la commune.

Ce registre permet aux personnes qui s'y sont inscrites volontairement d'être contactées par les services publics en cas d'évènement exceptionnel.

Cette démarche (volontaire de votre part) vous permettra d'être accompagné et de vous mettre en relation avec les personnes à même de vous apporter des services utiles.

Les conseillers municipaux ou les agents mandatés appelleront les personnes identifiées par la commission d'action sociale comme « personnes vulnérables ».

Administrés concernés par cette inscription :

- Les personnes âgées de 65 ans et plus résident à leur domicile,
- Les personnes âgées de plus de 60 ans reconnues inaptes au travail et résident à leur domicile,
- Les personnes adultes handicapées résident à leur domicile,
- Les personnes ne bénéficiant pas d'aide à domicile ou d'une infirmière,
- Les personnes ne disposant pas de famille proche ou de voisin qui peuvent leur venir en aide,

La demande d'inscription peut s'effectuer :

- Soit par la personne concernée ou le cas échéant par son représentant légal,
- Soit par un tiers (personne physique ou morale).

Cette **inscription est bien évidemment facultative et doit faire l'objet d'une démarche volontaire.**

Si vous vous sentez concerné, vous trouverez ci-joint une fiche à compléter et à retourner à la mairie située au n° 10 rue de la Ville, 77910 à CHAMBRY.

Le Maire

D. DELAHAYE



FICHE D'INSCRIPTION AU REGISTRE NOMINATIF :

| | |
|---|---|
| <u>Personne concernée :</u> NOM : Prénom(s) : <u>Responsable légal (si mesure de protection) :</u> NOM : Prénom(s) : | Date de naissance : Adresse : Téléphone : Adresse : Téléphone portable : Téléphone fixe : Téléphone professionnel : |
| <u>Personne à prévenir en cas d'urgence :</u> NOM : Prénom(s) : | Adresse : Téléphone : |
| <u>MEDECIN TRAITANT :</u> | NOM : Adresse du cabinet : N° de téléphone : |
| <u>SANTÉ :</u> | <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 (préciser) : <u>Suivez-vous un traitement (facultatif) :</u> <input type="checkbox"/> Assistance respiratoire <input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> Allergie (préciser) : |



| | |
|--|---|
| | <p><input type="checkbox"/> Autre :</p> <p>Particularité alimentaire (régime, sans sel, etc...) :</p> <p>Observations :</p> |
| <p><u>INTERVENANT(S) A DOMICILE</u></p> | <p><u>Service d'aide à domicile :</u></p> <p>Nom et adresse du service :</p> <p>Téléphone :</p> <p><u>Infirmière à domicile :</u></p> <p>Nom :</p> <p>Téléphone :</p> <p>Nom et lieu du service :</p> |

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 apporter assistance en cas de nécessité.

Fait à, le

Signature :