

FICHE INSCRIPTION
REGISTRE DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES HANDICAPEES DOMICILIEES A
ST-RAPHAËL

<input type="checkbox"/> Agés d'au moins 65 ans		<input type="checkbox"/> Moins de 60 ans, inapte au travail		<input type="checkbox"/> Adulte handicapé(e)	
NOM - PRENOM					
DATE DE NAISSANCE					
ADRESSE (n° et nom de la rue résidence, bâtiment, étage)					
NUM DE TELEPHONE					

PERSONNE AYANT FAIT LA DEMANDE

NOM - PRENOM					
ADRESSE					
NUM DE TELEPHONE					

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM – PRENOM					
ADRESSE					
NUM DE TELEPHONE					

SERVICES INTERVENANTS AU DOMICILE

NOM	ADRESSE	TELEPHONE
MEDECIN TRAITANT		

Je soussigné(e), _____ demande mon inscription au registre nominatif des personnes âgées et des personnes handicapées de la ville de Saint-Raphaël et atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés dans le présent imprimé.

en cochant cette case, j'accepte d'être contacté par les services du C.C.A.S en cas de déclenchement du Plan de Gestion de Crise Départemental par le Préfet du département afin de permettre une intervention ciblée des services sanitaires et sociaux.

Fait à Saint Raphaël, le _____ signature _____

Vos données collectées seront traitées exclusivement par le Centre Communal d'Action Sociale, qui a la gestion de ce registre. Vous pouvez, à tout moment, demander un droit de rectification ou de suppression en contactant le CCAS par mail : ccas@ville-saintraphael.fr version déc. 18

