cergy

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION

sur le registre du plan d'alerte et d'urgence départemental

Conformément au code de l'action sociale et des familles (article L. 121-6-1) et au plan d'alerte et d'urgence mis en place au profit des personnes âgées, en situation de handicap et fragiles isolées dans chaque département en cas de risques exceptionnels, la ville de Cergy recueille les éléments relatifs à l'identité, à l'âge et au domicile des personnes concernées qui en ont fait la demande. Ces données sont notamment utilisées afin d'organiser un contact périodique avec les personnes répertoriées et de favoriser l'intervention des services sociaux et sanitaires lorsque le plan d'alerte et d'urgence est mis en œuvre. Vous pouvez demander votre inscription ou l'inscription d'un proche sur ce registre. Si vous étiez déjà inscrit sur le registre et que vous souhaitez maintenir votre inscription, il est nécessaire de renvoyer ce bulletin.

Bulletin à remplir en lettres majuscules

— soit par la personne concernée ;
— soit par son (sa) représentant(e) légal(e) ;
— soit par un tiers (intervenant médico-social ; entourage, parent, ami).

À retourner sous pli clos et confidentiel

— **par courrier à la direction du développement social et de la santé de la ville de Cergy**
Hôtel de Ville - 3 place Olympe-de-Gouges
BP 48 000 Cergy — 95801 Cergy-Pontoise cedex

— **en le déposant** à l'accueil de l'hôtel de ville ou en mairies annexes, en précisant sur l'enveloppe « à l'attention de la direction du développement social et de la santé ».

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE À INSCRIRE

Madame ☐ Monsieur ☐

Nom d'usage : _____ Nom de naissance : _____

Prénom : _____ Date de naissance : __ __ / __ __ / __ __ __ __

Adresse complète : _____

_____

Téléphone fixe : __ __ __ __ __ __ __ __ Mobile : __ __ __ __ __ __ __ __

Courriel : _____

Résidant à domicile : seul(e) ☐ en couple ☐ Autre précisez : _____

Qualité de la personne à inscrire :

— personne âgée de 65 ans et plus ☐
— personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail ☐
— personne adulte en situation de handicap ☐

— Disposez-vous d'une télé alarme ? oui ☐ non ☐
— Avez-vous des difficultés à vous déplacer ? oui ☐ non ☐

PÉRIODES D'ABSENCE PRÉVUES

Ces informations ne sont pas obligatoires mais vivement recommandées pour faciliter votre accompagnement et l'intervention de nos agents. Pour tout changement, veuillez nous en informer au 01 34 33 44 44.

Du _____ au _____ Du _____ au _____

PERSONNE(S) À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

(parent, ami, voisin, tuteur...) 2 au maximum

❶ Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Tél. fixe : _____ Mobile : _____ Courriel : _____

Lien avec la personne (enfant, parent, tuteur, autre...) : _____

et / ou

❷ Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Tél. fixe : _____ Mobile : _____ Courriel : _____

Lien en avec la personne (enfant, parent, tuteur, autre...) : _____

INTERVENANT(S) À DOMICILE

Nom de l'organisme : _____

Type de service : — Service d'aide à domicile ☐ — Service de soins à domicile ☐ — Service de portage de repas ☐

— Autre service à domicile : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Jours d'intervention : lundi ☐ mardi ☐ mercredi ☐ jeudi ☐

vendredi ☐ samedi ☐ dimanche ☐

MÉDECIN TRAITANT

Ces informations ne sont pas obligatoires mais vivement recommandées pour faciliter votre accompagnement et l'intervention de nos agents.

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone fixe : _____ Mobile : _____

INFORMATIONS RELATIVES À LA DEMANDE

☐ **Inscription faite en nom propre**

☐ **Inscription faite par un tiers**, veuillez remplir les informations suivantes :

Madame ☐ Monsieur ☐

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse complète : _____

Téléphone fixe : _____ Mobile : _____

Agissant en qualité de : — Représentant légal ☐

— Médecin traitant ☐

— Service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile ☐

— Autre à préciser : _____

Je suis informé(e) que cette inscription est facultative et que ma demande de radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de ma part auprès de la direction du développement social et de la santé de la ville de Cergy. Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler aux services municipaux toute modification concernant ces informations, aux fins de mettre à jour les données permettant de me contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande.

Fait à _____ **Signature obligatoire :**

Le _____

Protection des données personnelles : les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la ville de Cergy. La base légale du traitement est l'intérêt légitime. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : la direction du développement social et de la santé de la ville de Cergy. Les données sont conservées pendant 1 an. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter notre déléguée à la protection des données (Madame Guillemette Besson - dpomutualise@cergypontoise.fr). Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL : www.cnil.fr.

Ville de Cergy - DPCC 04/2025