



FORMULAIRE D'INSCRIPTION A
L'ANNUAIRE OPERATIONNEL ETABLI DANS LE CADRE
DU PLAN COMMUNAL DE SAUVEGARDE (PCS)
Dispositif permanent et général d'alerte à la population

Prévu par décret n°2005-1156 pour appliquer la loi n°2004-811 relative à la modernisation de la sécurité civile.

Après avoir renseigné cette fiche et après l'avoir transmise à la mairie de SAINTJEAN LE CENTENIER, vous serez inscrit(s) dans l'annuaire opérationnel des personnes à contacter lors du déclenchement du Plan Communal de Sauvegarde (PCS) en cas de survenance d'un risque majeur

Informations obligatoires

Nombre de personnes vivant au foyer				
Adresse				
Noms et prénoms des personnes vivant au foyer	Téléphone fixe	Téléphone mobile	Téléphone professionnel	Email
Nature de la résidence	<input type="checkbox"/> Résidence principale <input type="checkbox"/> Résidence secondaire Dans ce cas, préciser l'adresse de votre résidence principale et le numéro de téléphone : Accessibilité : <input type="checkbox"/> Plain-Pied <input type="checkbox"/> Etage. Précisez.....			
	Moyen de locomotion : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Je souhaite être averti aussi par SMS : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

Complément d'informations si nécessaire

Personne(s) vulnérable(s) vivant au foyer	NOM : Prénom(s) : Né(e) le : Téléphone :	NOM : Prénom(s) : Né(e) le : Téléphone :
	<p><u>J'indique être :</u></p> <p><input type="checkbox"/> une personne âgée de 70 ans et plus <input type="checkbox"/> une personne âgée de plus de 60 ans reconnue inapte au travail <input type="checkbox"/> une personne handicapée <input type="checkbox"/> une personne fragile pour d'autres raisons.</p> <p>Précisez :</p> <p><u>J'indique être :</u></p> <p><input type="checkbox"/> sous assistance respiratoire <input type="checkbox"/> à mobilité réduite <input type="checkbox"/> sous assistance d'un appareillage électrique <input type="checkbox"/> sous dialyse <input type="checkbox"/> personne isolée <input type="checkbox"/> personne immobilisée (alitée) <input type="checkbox"/> personne malade <input type="checkbox"/> autre (à préciser) :</p> <p><u>Coordonnées du médecin traitant :</u></p> <p>- NOM Prénom</p> <p>- Téléphone.....</p> <p><u>Je certifie bénéficiaire :</u></p> <p><input type="checkbox"/> D'aucun service à domicile <input type="checkbox"/> D'un service d'aide à domicile : Nom et téléphone</p> <p>- <input type="checkbox"/> D'un service de soins infirmiers à domicile : Nom et téléphone.....</p>	<p><u>J'indique être :</u></p> <p><input type="checkbox"/> une personne âgée de 70 ans et plus <input type="checkbox"/> une personne âgée de plus de 60 ans reconnue inapte au travail <input type="checkbox"/> une personne handicapée <input type="checkbox"/> une personne fragile pour d'autres raisons.</p> <p>Précisez :</p> <p><u>J'indique être :</u></p> <p><input type="checkbox"/> sous assistance respiratoire <input type="checkbox"/> à mobilité réduite <input type="checkbox"/> sous assistance d'un appareillage électrique <input type="checkbox"/> sous dialyse <input type="checkbox"/> personne isolée <input type="checkbox"/> personne immobilisée (alitée) <input type="checkbox"/> personne malade <input type="checkbox"/> autre (à préciser) :</p> <p><u>Coordonnées du médecin traitant :</u></p> <p>- NOM Prénom</p> <p>- Téléphone.....</p> <p><u>Je certifie bénéficiaire :</u></p> <p><input type="checkbox"/> D'aucun service à domicile <input type="checkbox"/> D'un service d'aide à domicile : Nom et téléphone</p> <p>- <input type="checkbox"/> D'un service de soins infirmiers à domicile : Nom et téléphone.....</p>

	<p>- <input type="checkbox"/> D'un autre service (portage de repas, téléalarme...) : Nom et téléphone.....</p> <p><u>Personne de l'entourage à prévenir en cas d'urgence :</u></p> <p>Nom Prénom..... Téléphone..... Lien de parenté.....</p>	<p>- <input type="checkbox"/> D'un autre service (portage de repas, téléalarme...) : Nom et téléphone.....</p> <p><u>Personne de l'entourage à prévenir en cas d'urgence :</u></p> <p>Nom Prénom..... Téléphone..... Lien de parenté.....</p>
--	---	---

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

- l'inscription à l'annuaire opérationnel n'est soumise à **aucune obligation** et **chaque renseignement** de ce questionnaire est **facultatif** ;
- les informations recueillies seront transmises à la commune de SAINT JEAN LE CENTENIER et ne seront exploitées que dans le cadre du Plan Communal de Sauvegarde (PCS), dispositif permanent et général d'alerte à la population ;
- cette fiche de renseignements a pour vocation d'aider les services publics mobilisés à porter assistance aux personnes nommément désignées sur ce document en cas de nécessité.

Fait à, le *Signature*

Toutes les données recueillies par ce formulaire sont facultatives. Elles font l'objet d'un traitement informatique uniquement destiné à aider les pouvoirs publics dans la mise en place d'un dispositif permanent et général d'alerte à la population dit « Plan Communal de sauvegarde » (PCS) et l'organisation des secours déclenchés en cas de nécessité. Le responsable de ce registre nominatif, mis à jour chaque année, est le Maire de Saint Jean le Centenier. Les destinataires des données recueillies sont le Maire, les conseillers municipaux, les agents du service de prévention des risques et de gestion de situation de crise ainsi que, sur sa demande, le Préfet de l'Ardèche.

Conformément à la loi n°78-17 « Informatique et Libertés », vous disposez de droits d'opposition, d'accès, de rectification et de suppression des données qui vous concernent en vous adressant par courrier à Mairie, 1 Place de la Mairie, 07580 SAINT JEAN LE CENTENIER ou par courriel à ma-stjlc@inforoutes.fr