



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

REGISTRE DES PERSONNES VULNERABLES

Nom Prénom :	Adresse :
Date de naissance :/...../.....
Téléphone 1 :
Téléphone 2 :

1) Vivez-vous seul (e) ? <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>
2) Avez-vous des appels réguliers de vos proches ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3) Bénéficiez- vous d'une télé alarme <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
4) Souhaitez-vous bénéficier du service portage de repas OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
5) Souhaitez-vous recevoir le Billy-Infos chaque mois ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

<u>FICHE CONTACTS</u> PERSONNE (S) A CONTACTER EN CAS D'URGENCE Nom Prénom : Nature de l'aidant : Téléphone 1 : Téléphone 2 : Mail :	<u>ENFANT A PREVENIR</u> (si différent de la personne à contacter en cas d'urgence) Nom Prénom : Téléphone 1 : Téléphone 2 : Mail : Nom Prénom : Téléphone 1 : Téléphone 2 : <u>SERVICE OBLIGATOIRE</u> (Tuteur - Curateur – Mandataire) Nom ou Organisme : Téléphone :	SERVICE A DOMICILE/INFIRMIERE Nom de l'association : Téléphone : Jour d'intervention L <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Nom infirmier (e) : Téléphone : Jour d'intervention L <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> <u>MEDECIN TRAITANT</u> Nom : Téléphone :
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sollicite mon inscription sur le registre nominatif détenu en Mairie.

(La démarche peut être effectuée également par un représentant légal, une tierce personne physique ou morale)

Je m'engage à informer M. le Maire du CCAS de tout changement dans ma situation, notamment en cas de changement d'adresse.

Je reconnais avoir été informé (e) de l'existence d'un droit d'accès et de rectification aux informations me concernant, contenues dans le registre.

Fait à

Le.....

Signature

**MERCI DE RETOURNER CE FORMULAIRE POUR INSCRIPTION SUR REGISTRE DES PERSONNES
VULNERABLES 2026 DE LA COMMUNE DE BILLY-MONTIGNY**

Par mail, par courrier ou directement à l'accueil de la Mairie

La commune de Billy-Montigny traite vos données personnelles conformément à la réglementation relative aux données à caractère personnel.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le centre communal d'action sociale de la commune de Billy-Montigny dont le maire est responsable de traitement. Ces données sont nécessaires pour le traitement des inscriptions sur le registre des personnes vulnérables.

Les bases légales de traitement sont le contrat et l'obligation légale.

Les données collectées seront communiquées aux agents du centre communal d'action sociale.

La finalité du traitement est de permettre une intervention ciblée des services sanitaires et sociaux en cas de mise en œuvre par le maire du plan communal de sauvegarde.

Les données sont conservées pendant une durée de 12 mois à compter de l'envoi de ce formulaire. Au-delà de cette durée, certaines informations feront l'objet d'un archivage dans les conditions prévues par les dispositions relatives aux archives publiques.

Conformément au Règlement général européen sur la protection des données (RGPD) et à la loi informatique et libertés modifiée, vous disposez des droits d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation au traitement de vos données.

Vous pouvez exercer ces droits auprès de la mairie de Billy-Montigny par courrier postal à l'adresse Mairie de Billy-Montigny, rue Jean Jaurès 62420 Billy-Montigny ou par mail à secretariat@billy-montigny.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.

CCAS DE BILLY-MONTIGNY

39, rue de Rouvroy

03.21.76.23.00

ccas@billy-montigny.fr

Mairie

Rue Jean Jaurès

03.21.13.81.13

secretariat@billy-montigny.fr