

CCAS DE MONTIGNY EN OSTREVENT

DISPOSITIF DE VEILLE ET D'ALERTE

Je soussigné(e) _____ agissant au nom de _____

Nom du déclarant

Parenté

autorise la communication des informations ci-après aux autorités compétentes en cas de déclenchement du plan d'alerte.

Montigny en Ostrevent, le _____

Lu et approuvé - Signature

Fiche de Renseignements

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Personnes handicapées

Personnes âgées de + 65 ans

Adresse : _____

N° de téléphone : _____ Portable : _____

Coordonnées du service d'aide à domicile :

Nom : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

Nom de l'aide ménagère : _____ Téléphone : _____

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom : _____ Prénom : _____ Lien de parenté : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____

Tous changements de renseignements, de domicile sont à communiqués d'urgence.

Suite à votre inscription sur le registre nominatif, le Maire de la Commune vous adressera un accusé réception. A défaut d'opposition, l'accusé de réception vaut confirmation de l'enregistrement définitif.

TOUTE MODIFICATION DOIT ÊTRE FAITE PAR ÉCRIT

*J'autorise le Centre Communal d'Action Sociale à utiliser mes informations jusqu'à ma renonciation.
(Autorisation à compléter dans le cadre de la loi sur l'utilisation des données personnelles)*

Date et Signature