



Service Autonomie

☎ 04 67 51 84 75

220 ave du Maréchal Juin BP2  
34201 SETE CEDEX

E-mail : [sap-ccas@ville-sete.fr](mailto:sap-ccas@ville-sete.fr)

**DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF**  
**Recensement des personnes âgées et handicapées isolées à domicile**

**ETAT CIVIL**

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Né(e) le : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_ à : .....

Adresse : .....

Code postal : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ Commune : .....

Téléphone : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

Je sollicite mon inscription sur le registre des personnes âgées et handicapées isolées à domicile :

- En qualité de personne âgée de 65 ans et +
- En qualité de personne âgée de + de 60 ans, reconnue inapte au travail
- En qualité de personne handicapée

Je vis :  seul(e)  en couple

Je suis informé(e) que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de ma part.

**SERVICES DE MAINTIEN A DOMICILE**

A ce jour, je déclare bénéficiaire de l'intervention :

d'un **service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)** :

Nom de l'organisme et adresse : .....

Téléphone : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

d'un **service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)** ou d'un(e) infirmier(e) libéral(e) :

Nom et adresse : .....

Téléphone : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

d'un **service de portage de repas** :

Nom de l'organisme et adresse : .....

Téléphone : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

d'un **service de téléassistance** :

Nom de l'organisme et adresse : .....

Téléphone : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

d'un autre service :

Nom de l'organisme et adresse : .....

Téléphone : / / / / / / / / / / / / / / / /

d'aucun service à domicile.

### MEDECIN TRAITANT

Nom : ..... Prénom : .....

Commune : .....

Téléphone : / / / / / / / / / / / / / / / /

### PERSONNE(S) DE MON ENTOURAGE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : ..... Prénom : .....

Lien : (fils, fille, ami, voisin...) .....

Adresse : .....

Code postal : / / / / / / / Commune : .....

Téléphone : / / / / / / / / / / / / / / / /

Nom : ..... Prénom : .....

Lien : (fils, fille, ami, voisin...) .....

Adresse : .....

Code postal : / / / / / / / Commune : .....

Téléphone : / / / / / / / / / / / / / / / /

Nom : ..... Prénom : .....

Lien : (fils, fille, ami, voisin...) .....

Adresse : .....

Code postal : / / / / / / / Commune : .....

Téléphone : / / / / / / / / / / / / / / / /

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

Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler au CCAS 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.

Fait à :

Le :

Signature de l'intéressé :

*Les informations recueillies dans le présent formulaire le sont dans le respect de la réglementation en vigueur applicable aux traitements de données à caractère personnel et, en particulier, le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 applicable à compter du 25 mai 2018, dénommé règlement européen sur la protection des données (RGPD). Vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Un registre des activités de traitement effectuées pour le compte du responsable des traitements, accessible à la CNIL, est par ailleurs tenu.*

Ce questionnaire est à retourner :

**CCAS – Service Autonomie – Plan canicule 2020**

**220 avenue du Maréchal Juin – BP 2**

**34201 Sète Cedex**

ou par mail : [sap-ccas@ville-sete.fr](mailto:sap-ccas@ville-sete.fr)



**Service Autonomie**

☎ 04 67 51 84 75

220 ave du Maréchal Juin BP2  
34201 SETE CEDEX

E-mail : [sap-ccas@ville-sete.fr](mailto:sap-ccas@ville-sete.fr)

**DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF – PAR UN TIERS**  
**Recensement des personnes âgées et handicapées isolées à domicile**

Je soussigné(e) :

Nom : ..... Prénom : .....

Agissant en qualité de :  Représentant légal

Service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) ou Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)

Médecin traitant

Autre (préciser) : .....

*Sollicite l'inscription sur le registre des personnes âgées et handicapées isolées à domicile de:*

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Né(e) le : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_ à : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ Commune : .....

Téléphone : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

En qualité de personne âgée de 65 ans et +

En qualité de personne âgée de + de 60 ans, reconnue inapte au travail

En qualité de personne handicapée

Vit :  seul(e)  en couple

**SERVICES DE MAINTIEN A DOMICILE**

A ce jour, M. ou Mme ..... bénéficie de l'intervention :

d'un **service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)** :

Nom de l'organisme et adresse : .....

Téléphone : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

d'un **service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)** ou d'un(e) **infirmier(e) libéral(e)** :

Nom et adresse : .....

Téléphone : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

d'un **service de portage de repas**:

Nom de l'organisme et adresse : .....

Téléphone : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

d'un **service de téléassistance** :

Nom de l'organisme et adresse : .....

Téléphone : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

d'un **autre service** :

Nom de l'organisme et adresse : .....

Téléphone : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

**d'aucun service à domicile.**

### MEDECIN TRAITANT

Nom : ..... Prénom : .....

Commune : .....

Téléphone : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

### PERSONNE(S) A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : ..... Prénom : .....

Lien : (fils, fille, ami, voisin...) .....

Adresse : .....

Code postal : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/ Commune : .....

Téléphone : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

Nom : ..... Prénom : .....

Lien : (fils, fille, ami, voisin...) .....

Adresse : .....

Code postal : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/ Commune : .....

Téléphone : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

Nom : ..... Prénom : .....

Lien : (fils, fille, ami, voisin...) .....

Adresse : .....

Code postal : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/ Commune : .....

Téléphone : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

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

Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler au CCAS 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.

Fait à :

Le :

Signature:

*Les informations recueillies dans le présent formulaire le sont dans le respect de la réglementation en vigueur applicable aux traitements de données à caractère personnel et, en particulier, le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 applicable à compter du 25 mai 2018, dénommé règlement européen sur la protection des données (RGPD). Vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Un registre des activités de traitement effectuées pour le compte du responsable des traitements, accessible à la CNIL, est par ailleurs tenu.*

Ce questionnaire est à retourner :

CCAS – Service autonomie – Plan canciule 2020 - 220 avenue du Maréchal Juin – BP 2 - 34201 Sète Cedex  
ou par mail : [sap-ccas@ville-sete.fr](mailto:sap-ccas@ville-sete.fr)