

date de réception : ____/____/____

Plan de prévention canicule

Traitement de vos données personnelles

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le service action sociale et solidarité de la Ville de Saint-Jean-de-Monts. Les données sont conservées 2 ans et sont destinées à un usage interne uniquement aux personnes habilitées du CCAS. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant de préférence par voie électronique à l'adresse contact@mairie-saintjeandemonts.fr ou à défaut par voie postale : Ville de Saint-Jean-de-Monts, service informatique, 18, rue de la Plage, 85160 Saint-Jean de Monts. En soumettant ce formulaire, j'accepte que les informations saisies soient utilisées, exploitées, traitées aux fins de gestion et d'exploitation.

En cochant cette case, j'accepte la collecte d'informations

Demandeur

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance ____/____/____

Adresse _____ 85160 SAINT-JEAN-DE-MONTS

Complément d'adresse (bâtiment / étage / n° appartement / code) : _____

Téléphone fixe : _____ portable : _____

Courriel : _____@_____

Conjoint ou concubin

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance ____/____/____

▪ **En cas de déclenchement du plan canicule, merci d'indiquer les périodes où vous serez présent(e) à votre domicile :**

- en juin : _____

- en juillet : _____

- en août : _____

▪ **Avez-vous des intervenants à votre domicile (aide-ménagère, repas à domicile, infirmiers,...) ?** oui non

Si oui, lesquels ?

ADMR

AMAD (service de soins à domicile)

Repas Domicile Service

autre(s) service(s) : _____

▪ **Etes-vous équipé(e)s d'un système de téléalarme ?** oui non

Si oui, quel prestataire : _____

▪ **Votre médecin traitant :** _____

téléphone : _____

▪ **Personne (s) à contacter en cas d'urgence**

Madame/Monsieur : Nom : _____ Prénom : _____

Qualité : Famille Voisin Ami Autre : _____

Téléphone fixe : _____ portable : _____

Courriel : _____@_____

Observations : _____

Madame/Monsieur : Nom : _____ Prénom : _____

Qualité : Famille Voisin Ami Autre : _____

Téléphone fixe : _____ portable : _____

Courriel : _____@_____

Observations : _____

▪ **Identité du déclarant**

Madame/Monsieur : Nom : _____ Prénom : _____

Qualité : Famille Voisin Ami Autre : _____

Téléphone fixe : _____ portable : _____

Précisions complémentaires : *(problèmes d'audition, vision, marche...)*

Fiche de renseignements à retourner

***à la mairie – service action sociale et solidarité – 18 rue de la Plage – BP 706 – 85160 Saint-Jean-de-Monts
ou par mail : action.sociale@mairie-saintjeandemonts.fr***