



## BULLETIN D'INSCRIPTION 2026

(Article L. 121-6-1 et R121-2 à 12 du code de l'action sociale et des familles)

### Bulletin à remplir en LETTRES MAJUSCULES, soit :

- Par la personne âgée ou la personne en situation de handicap,
- Par un tiers ou représentant légal

**Et à retourner au CCAS de la Ville DE BLENOD-LES-PONT-A-MOUSSON, MAIRIE 220 Avenue Victor Claude 54700 BLENOD-LES-PONT-A-MOUSSON**

### 1- IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE

M

Mme

NOM : ..... PRÉNOM(S) : .....

NÉ(E) LE : ..... \..... \..... À : .....

ADRESSE : .....

.....

Code : .....

Interphone : ..... Etage : .....

TÉLÉPHONE : .....

SITUATION FAMILIALE : isolé(e)  couple  en famille

Vivez-vous seul(e) : Oui  Non

Avez-vous des appels réguliers de vos proches : Oui  Non

**Je sollicite mon inscription sur le registre des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan de gestion sanitaire des vagues de chaleur.**

Je demande mon inscription :

- En qualité de personne âgée de 65 ans et plus
- En qualité de personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail
- En qualité de personne en situation de handicap

Je suis informé(e) que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande écrite de ma part (CCAS de la ville de BLENOD-LES-PONT-A-MOUSSON – MAIRIE 220 Avenue Victor Claude – [ccas@blenod.fr](mailto:ccas@blenod.fr)).

## 2- FICHE CONTACTS



<p><b>PERSONNE(S) À CONTACTER EN CAS D'URGENCE</b></p> <p><u>Nom Prénom</u> :</p> <p>.....</p> <p>Nature de l'aidant :</p> <p>.....</p> <p>Téléphone 1 : .....</p> <p>Téléphone 2 : .....</p> <p><u>Nom Prénom</u> :</p> <p>.....</p> <p>Nature de l'aidant :</p> <p>.....</p> <p>Téléphone 1 : .....</p> <p>Téléphone 2 : .....</p>	<p><b>ENFANT À PREVENIR</b> (Si différent de la personne à contacter en cas d'urgence)</p> <p><u>Nom Prénom</u> :</p> <p>.....</p> <p>Téléphone 1 :</p> <p>.....</p> <p>Téléphone 2 :</p> <p>.....</p> <p><u>Nom Prénom</u> :</p> <p>.....</p> <p>Téléphone 1 :</p> <p>.....</p> <p>Téléphone 2 :</p> <p>.....</p>	<p><b>SERVICE À DOMICILE</b></p> <p><u>Nom de l'association</u> :</p> <p>.....</p> <p>Téléphone 1 : .....</p> <p>Téléphone 2 : .....</p> <p>Jour(s) d'intervention :</p> <p>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"/></p> <p>-----</p> <p><b>INFIRMIER(E)</b></p> <p><u>Nom de l'association</u> :</p> <p>.....</p> <p>Téléphone 1 : .....</p> <p>Téléphone 2 : .....</p> <p>Jour(s) d'intervention :</p> <p>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"/></p>
	<p><b>SERVICE OBLIGATAIRE</b> (Tuteur – Curateur – Mandataire)</p>	<p><b>MEDECIN TRAITANT</b></p>
<p><b>TELEASSISTANCE</b></p> <p>Nom de l'association :</p> <p>.....</p>	<p>Nom ou association :</p> <p>.....</p> <p>Téléphone :</p> <p>.....</p>	<p>Docteur :</p> <p>.....</p> <p>Téléphone :</p> <p>.....</p>
<p>Téléphone : .....</p>	<p>Merci de nous préciser <b><u>si vous devez vous absenter de votre domicile</u></b></p> <p>du ...../06/2026 au ...../06/2026</p> <p>du ...../07/2026 au ...../07/2026</p> <p>du ...../08/2026 au ...../08/2026</p> <p>du ...../09/2026 au ...../09/2026</p>	<p><b>PORTAGE DE REPAS</b></p> <p><u>Nom de l'association</u> :</p> <p>.....</p> <p>Jour d'intervention</p> <p>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"/></p>
<p><b>Autres renseignements utiles</b></p>		

**3 - SI LE BULLETIN EST REMPLI POUR LE BÉNÉFICIAIRE PAR UN TIERS, VEUILLEZ PRÉCISER VOS COORDONNÉES**

M.  Mme   
Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : .....

Agissant en qualité de :

- Représentant légal
- Service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile
- Médecin traitant
- Autre : ..... (Merci de le préciser)

La personne concernée est-elle informée de votre démarche d'inscription ? Oui  Non

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

En cas de modification de ces informations, merci de nous contacter au 03 83 80 43 25.

Je consens à ce que mes données personnelles soient utilisées par le CCAS pour me joindre quotidiennement par téléphone en cas d'alerte du niveau 3 ou 4, et à ce qu'une procédure de déplacement des services d'urgence à mon domicile soit déclenchée après plusieurs appels sans réponse.

Fait à ..... le .....

**Signature obligatoire**

**Mesures d'informations relatives aux données personnelles pour la tenue du registre communal dans le cadre du Plan d'Alerte et Urgence du CCAS.**

J'autorise le CCAS de la Ville de BLENOD-LES-PONT-A-MOUSSON à traiter mes données à caractère personnel selon les conditions détaillées ci-dessous.

Le CCAS de la Ville de BLENOD-LES-PONT-A-MOUSSON met en place un dispositif d'alerte ponctuelle au bénéfice de la population fragile et l'organisation des secours déclenchés en cas de nécessité (Article L121-6-1 du CASF). Dans ce cadre, le CCAS réalise un traitement de données personnelles afin d'adapter l'assistance à apporter aux personnes inscrites.

La Ville de BLENOD-LES-PONT-A-MOUSSON est responsable de ce traitement. Il est mis en œuvre par le CCAS.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), la base légale de ce traitement est le consentement exprès. La collecte de vos données via ce bulletin d'inscription est nécessaire à la mise en place des appels déclenchés en cas de niveau 3 ou 4. Les données collectées indiquées comme obligatoires dans le bulletin d'inscription sont nécessaires à la gestion des appels. En cas de refus de communication de ces données, le demandeur ne pourra pas être inscrit dans le registre communal.

**Règlement général sur la protection des données (RGPD)**

En cochant la mention « OUI », vous acceptez que les données à caractère personnel recueillies vous concernant dans ce formulaire fassent l'objet d'un traitement informatisé.

OUI

**Traitement des données à caractère personnel**

Les informations personnelles que vous nous communiquez par l'envoi d'un courrier électronique, par connexion à un service en ligne, par renseignement d'un formulaire ou par tout autre moyen sont strictement confidentielles et destinées au traitement de vos demandes par les services du CCAS de Blénod-Lès-Pont-À-Mousson. Elles ne sont transmises à aucun tiers ni à titre onéreux ni à titre gratuit. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 et au Règlement Général sur la Protection des données (RGPD) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression des informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à :

Le Délégué à la protection des données

soit via ce formulaire : <https://www.agirhe.cdg54.fr/TDB/rgpd.aspx>, soit à l'adresse postale suivante :

Délégué à la protection des données Centre de Gestion de Meurthe-et-Moselle 2 allée Pelletier Doisy 54600 Villers-Lès-Nancy