



VILLE DE  
**CREST**

C.C.A.S  
CREST'ACTIF

**Veille Sociale et Sanitaire**

**DEMANDE D'INSCRIPTION**

**Vous êtes retraité(e), vous avez plus de 65 ans,  
vous êtes isolé(e) ou en situation de handicap,**

**Vous souhaitez être contacté(e) en cas  
de plan d'alerte ou d'urgence :**

L'inscription dans un registre confidentiel des personnes isolées les plus vulnérables domiciliées sur la commune de Crest est souhaitable afin de pouvoir apporter conseils et assistance en cas d'événements exceptionnels (canicule, grands froids, épidémies...).

Pour vous-même ou l'un de vos proches, vous pouvez contribuer à ce geste de prévention et de solidarité citoyenne en complétant le document ci-joint et en le retournant dès que possible au :

**CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE**

**Quai Bérengier de la Blache**

**26400 CREST**

**C.C.A.S. – QUAI BERENGIER DE LA BLACHE – BP 512 – 26401 CREST CEDEX**  
Téléphone : 04 75 25 64 75 – Télécopie : 04 75 25 64 79 – Courriel : [fr@mairie-crest.fr](mailto:fr@mairie-crest.fr)

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF DES PERSONNES ÂGÉES, PERSONNES ADULTES HANDICAPÉES EN CAS DE DÉCLENCHEMENT DU « PLAN D'ALERTE ET D'URGENCE » OU DU « PLAN COMMUNAL DE SAUVEGARDE » CONSÉCUTIF A UNE SITUATION DE RISQUES.**

*prévu à l'article L.121-6-1 du Code de l'action sociale et des familles*

Les renseignements fournis sont confidentiels et ne seront transmis qu'au Préfet et aux personnes désignées pour assurer assistance et solidarité, lors d'un éventuel déclenchement du « Plan d'alerte et d'urgence » ou du « Plan communal de sauvegarde ».

**L'inscription au registre concerne :**

NOM : ..... PRÉNOMS : .....  
(si possible : joindre la photocopie d'une pièce d'identité)

Date de naissance : .....

Adresse précise : .....

Bâtiment : ..... Entrée : ..... Étage : .....

Téléphone : .....

Situation de famille :        isolé(e)         couple         en famille

Personne adulte handicapée : oui         non

**Personnes à prévenir :**

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Ville : .....

Téléphone : .....

**Coordonnées d'un éventuel service intervenant au domicile (aide-ménagère, service de soins, portage de repas...)**

Nom : .....

Adresse : .....

Ville : .....

Téléphone : .....

**Bulletin rempli par :**

L'intéressé(e) :         Autre :

Si autre, précisez: Nom : .....

Téléphone : .....

Lien avec la personne concernée : .....

**Date :**

**Signature :**

*"Dans le cadre du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), nous vous confirmons que vos données ne seront pas exploitées à des fins commerciales ou transmises à un tiers. En application de la loi du 6 janvier 1978 (Informatique et Liberté), vous bénéficiez des droits d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition aux informations et messages vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits en nous écrivant à l'adresse suivante : Mairie de Crest Place du Dr Rozier - BP 512- 26401 CREST CEDEX ou par courriel sur [ccas@mairie-crest.fr](mailto:ccas@mairie-crest.fr)"*