



# REGISTRE D'ALERTE ET D'URGENCE

AU PROFIT DES PERSONNES ÂGÉES ET EN SITUATION DE HANDICAP  
EN CAS DE RISQUES EXCEPTIONNELS

## BULLETIN D'INSCRIPTION

Date de la demande :

Date de l'appel :

par :

### Informations obligatoires

Madame :

Monsieur :

Nom : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Nom de de jeune fille : .....

Date de naissance : .....

Date de naissance : .....

### Je demande mon inscription au registre d'alerte et d'urgence :

- ☐ Volet « canicule et grand froid » : en cas de déclenchement, je prends connaissance que je serai amené(e) à être contacté(e) quotidiennement. **Je m'engage à rester joignable et à suivre les consignes de prévention communiquées.**
- ☐ Volet « alerte et information en cas de risques exceptionnels ».

Je suis : ☐ en situation de handicap ☐ âgé(e) de plus de 65 ans

Je vis : seul(e) ☐ en couple ☐ en famille ☐ autre (précisez) .....

Adresse précise :

.....

Détail (bâtiment, étage, n° appartement...) : .....

Type de logement : individuel ☐ collectif ☐ collectif avec gardien ☐

Coordonnées de contact (*indiquer obligatoirement un numéro de contact*)

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

email : .....

### Données complémentaires

Coordonnées d'un proche à prévenir en cas d'urgence :

Nom : ..... Prénom : ..... Lien .....

Adresse : ..... Téléphone : .....



## REGISTRE D'ALERTE ET D'URGENCE

| PRESTATIONS                            | OUI / NON | COORDONNEES | JOURS ET HORAIRES D'INTERVENTION |
|----------------------------------------|-----------|-------------|----------------------------------|
| PORTAGE DE REPAS                       |           |             |                                  |
| AIDE MENAGERE                          |           |             |                                  |
| TELE ALARME                            |           |             |                                  |
| SOINS A DOMICILE (SSIAD OU INFIRMIERE) |           |             |                                  |
| AUTRE, PRECISEZ :                      |           |             |                                  |

Nom et coordonnées du médecin traitant : .....

Autres informations que je souhaite communiquer :  
.....

Fréquentation de clubs ou autres structures, activités (précisez les jours et horaires) :  
.....

*Les présentes données sont traitées par le Centre Communal d'action Sociale de la Ville de Belfort par des agents expressément habilités par décision du Maire de Belfort. La base légale de ce traitement est la mission d'intérêt public. Les données sont conservées jusqu'à désinscription du registre. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données (DPO) en écrivant à [dpo@mairie-belfort.fr](mailto:dpo@mairie-belfort.fr) ou à l'adresse postale suivante : Hôtel de Ville de Belfort et du Grand Belfort, Place d'Armes, 90020 Belfort Cedex.*

*Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.*

*L'inscription sur l'un ou l'autre volet du REGISTRE D'ALERTE ET D'URGENCE doit résulter d'une démarche volontaire, émanant de la personne concernée ou d'un tiers agissant pour son compte.*

La finalité exclusive du REGISTRE D'ALERTE ET D'URGENCE est de permettre :

- pour le volet « canicule et grand froid », l'intervention ciblée des services sanitaires et sociaux en cas de mise en œuvre, sous l'autorité du préfet, du plan départemental d'alerte et d'urgence (organisation de contacts périodiques avec les personnes inscrites afin de leur apporter les conseils et l'assistance nécessaires) ;
- pour le volet « alerte et information en cas de risques exceptionnels », de repérer les personnes isolées et vulnérables en cas de déclenchement du Plan Communal de Sauvegarde.

**J'atteste avoir pris connaissance des éléments mentionnés et être informé(e) que je dispose d'un droit d'accès et de rectification des informations me concernant, ainsi que de la possibilité d'être radié(e) à tout moment sur simple demande de ma part au CCAS de la Ville de Belfort.**

A Belfort, le : .... / .... / ....

Signature de chaque bénéficiaire :