

**PLAN D'ALERTE ET D'URGENCE DEPARTEMENTAL  
EN CAS DE RISQUES EXCEPTIONNELS**

**DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF DE LA VILLE DE TOURS**

**Cette inscription permet d'être contacté par téléphone en cas de risques exceptionnels.**

NOM : .....

Nom de Jeune Fille : .....

Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

.....

N° téléphone fixe : ..... N° portable : .....

Email : .....

Logement :  Maison  Appartement Ascenseur : oui  non

Situation familiale :  seul(e)  en couple  en famille

➤ **Qualité au titre de laquelle l'inscription est demandée :**

Personne âgée de 65 ans et plus,

Personne âgée de plus de 60 ans et reconnue inapte au travail

Personne adulte handicapée bénéficiaire d'une pension d'invalidité ou d'un avantage prévu au titre IV du livre II du Code de l'Action Sociale et des Familles (allocation aux adultes handicapés, rémunération garantie, carte d'invalidité)

➤ **Coordonnées des personnes de votre entourage à prévenir en cas d'urgence :**

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

.....

Tél. fixe : ..... Tél. portable : .....

Email : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

.....

Tél. fixe : ..... Tél. portable : .....

Email : .....

➤ **Coordonnées des services (ou personne) vous apportant une aide à domicile :**

NOM : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : .....  
Portage de repas :  OUI avec .....  NON

➤ **Avez-vous une téléassistance à domicile :**  OUI  NON

Si OUI, coordonnées du prestataire - Nom : .....  
Téléphone : .....

➤ **Coordonnées de votre médecin traitant :**

Nom : .....  
Téléphone : .....

➤ **Si la demande d'inscription est effectuée par une tierce personne, indiquer :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone : ..... Portable : .....  
en qualité de .....  
Email : .....

➤ **Observations ou difficultés particulières** : (qui ne figureront pas sur le registre nominatif)

.....  
.....  
.....

Je, soussigné(e) ....., accepte que les informations ci-dessus soient communiquées au Préfet d'Indre et Loire à l'occasion du déclenchement du plan d'alerte et d'urgence, afin que les services sociaux et médico-sociaux locaux puissent intervenir auprès de moi.

Fait à Tours, le .....  
Signature

Vos informations font l'objet d'un traitement informatisé réservé à l'usage exclusif du CCAS de TOURS qui s'engage à garantir la sécurité et la confidentialité de vos données personnelles. La durée du traitement est établie jusqu'au décès de la personne en cause (article R. 121-11 du Code de l'Action Sociale et des Familles).

Conformément aux dispositions du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD 2016/679) et à la réglementation nationale associée, vous êtes informé(e) que vous pourrez obtenir l'accès à vos données personnelles, la rectification ou la suppression de celles-ci en vous adressant au Délégué à la protection des données par mail à [rgpd@ccas.fr](mailto:rgpd@ccas.fr) ou par courrier à M. le Délégué à la protection des données : CCAS de Tours 2, Allée des Aulnes - C.S 81237 - 37000 TOURS Cedex 1.

**Demande à renvoyer au : Centre Communal d'Action Sociale de la ville de TOURS**  
**2, allée des Aulnes CS 81237 – 37012 TOURS CEDEX 1**

REÇUE AU CCAS LE :