

COMMUNE DE SOUES

PLAN COMMUNAL DE SAUVEGARDE (PCS)

Dispositif permanent et général d'alerte à la population

Prévu par [décret n°2005-1156](#) pour appliquer la [loi n°2004-811](#) relative à la modernisation de la sécurité civile.

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Je soussigné(e) :

NOM : Prénoms :

Né(e) le :

Adresse :

.....

Téléphone :

Sollicite l'inscription à « l'annuaire opérationnel » des personnes à contacter en cas de déclenchement du Plan Communal de Sauvegarde (PCS) en qualité de :

personne âgée de 70 ans et plus

personne fragile Précisez :

personne handicapée

habitant de la commune

J'atteste être :

sous assistance respiratoire

personne isolée

à mobilité réduite

personne immobilisée (alitée)

sous assistance d'un appareillage

personne malade

électrique

autre (à préciser)

sous dialyse

Accessibilité du logement : Plein pied

Etage. Précisez :

Je consens à ce que les **données relatives à mon état de santé** soient enregistrées dans l'« annuaire opérationnel » des personnes à contacter en cas de déclenchement du Plan Communal de Sauvegarde (PCS).

Fait à, le

Signature

Toutes les données recueillies par ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique dans le cadre du « Plan Communal de sauvegarde » (PCS). Le responsable de ce registre nominatif est le Maire de SOUES. Les destinataires des données recueillies sont le Maire, la Préfecture ainsi que, sur sa demande, le Préfet. Conformément à la loi n°78-17 « Informatique et Libertés », vous disposez de droits d'opposition, d'accès, de rectification et de suppression des données qui vous concernent en vous adressant par courrier à la Mairie de SOUES ou par courriel à mairie@soues.fr;

COMMUNE DE SOUES

PLAN COMMUNAL DE SAUVEGARDE (PCS)

Dispositif permanent et général d'alerte à la population

Prévu par [décret n°2005-1156](#) pour appliquer la [loi n°2004-811](#) relative à la modernisation de la sécurité civile.

ANNEXE

Coordonnées du médecin traitant :

NOM : Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Je certifie bénéficiaire :

D'un service de soins infirmiers à domicile :

Intitulé du service :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

Personne(s) de l'entourage à prévenir en cas d'urgence :

NOM : Prénom :

Adresse : Téléphone :

Je soussigné(e), M.....,

Atteste avoir été informé(e) que :

- l'inscription à l'annuaire opérationnel n'est soumise à **aucune obligation** et **chaque renseignement** de ce questionnaire est **facultatif** ;
- les informations recueillies seront transmises à la commune de SOUES dans le cadre du Plan Communal de Sauvegarde (PCS), dispositif permanent et général d'alerte à la population ;
- cette fiche de renseignements a pour vocation d'aider les services publics mobilisés à me porter assistance en cas de nécessité.

Fait à, le

Signature

Toutes les données recueillies par ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique dans le cadre du « Plan Communal de sauvegarde » (PCS). Le responsable de ce registre nominatif est le Maire de SOUES. Les destinataires des données recueillies sont le Maire, la Préfecture ainsi que, sur sa demande, le Préfet. Conformément à la loi n°78-17 « Informatique et Libertés », vous disposez de droits d'opposition, d'accès, de rectification et de suppression des données qui vous concernent en vous adressant par courrier à la Mairie de SOUES ou par courriel à mairie@soues.fr;