



MONTMORENCY

CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE – Pôle seniors

Plan national de gestion des vagues de chaleur

Inscription sur le registre municipal 2025

Formulaire à retourner à l'adresse suivante :
Centre Communal d'Action Sociale 17 avenue Charles de Gaulle 95160 MONTMORENCY
Ou par mail à l'adresse suivante : ccas@ville-montmorency.fr

IDENTITE

NOM:

Prénom:

Date de naissance :

Numéro de téléphone fixe :

Numéro de téléphone portable :

Adresse mail :

ADRESSE

.....

Type de logement : Individuel collectif collectif avec gardien

Bâtiment : Étage : Escalier :

Code d'entrée :

Autre(s) information(s).....

INFORMATION IMPORTANTE

Vous vivez : Seul (e) en couple autre(précisez).....

L'inscription est demandée au titre d'une :

Personne âgée

Personne en situation de handicap

Nom du médecin traitant :

Numéro de téléphone :

Adresse :

DEMANDE FAITE PAR UN TIERS*

*A compléter si la demande est faite par un tiers :

La personne concernée par l'inscription devra impérativement prendre connaissance du document et le signer.

Nom : Prénom :

Lien (enfants, amis, voisins...) :

Numéro de téléphone fixe :

Numéro de téléphone portable :

Adresse :

.....
.....

PRESTATIONS A DOMICILE DONT VOUS BENEFICIEZ

PRESTATIONS	OUI / NON	Organisme /Service	Téléphone fixe	Téléphone portable
Portage de repas				
Aide-ménagère				
Téléassistance				
Soins à domicile				
Autre, précisez				

DATES D'ABSENCES DE VOTRE DOMICILE

JUIN :

JUILLET :

AOUT :

SEPTEMBRE :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE *

*Mention obligatoire

Nom et prénom :

Lien avec la personne inscrite :

Numéro de téléphone :

Nom et prénom :

Lien avec la personne inscrite :

Numéro de téléphone

En cas de non-réponse de votre part ou celle de la personne à prévenir en cas d'urgence, l'intervention des secours sera demandée.

J'ai pris connaissance que sans réponse de ma part ou de la personne à prévenir en cas d'urgence, l'intervention des secours sera demandée.

INFORMATION COMPLEMENTAIRE

Recevez-vous des visites à domicile ?

- Tous les jours
- Plusieurs fois par semaine
- Une fois par semaine
- Moins souvent

Date :

Signature :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont conservées sur papier et support informatique par le Centre Communal d'Action Sociale de montmorency afin d'en assurer le suivi. Elles sont collectées par le Centre Communale d'Action Sociale et sont destinées au CCAS et service de Police Municipale. Elles sont conservées pendant 1 an.

La base juridique du traitement est le consentement. Conformément à la réglementation en matière de protection des données à caractère personnel (loi du 6 janvier 1978 modifiée et Règlement Général sur la Protection des données n°2016/679), vous pouvez retirer votre consentement à tout moment au traitement de vos données ; vous pouvez également exercer vos droits d'accès aux données, de rectification, d'opposition, de limitation, d'effacement ou de portabilité en contactant le Délégué à la protection des Données Personnelles de la collectivité en envoyant un courriel à dpd@cigversailles.fr. 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.

CCAS
Pôle seniors
Téléphone : 01 34 17 60 99
Courriel : ccas@ville-montmorency.fr

Adresse postale
Hôtel de Ville
2, avenue Foch - BP
70101
95162 Montmorency
Cedex

Accueil
17, avenue Charles de
Gaulle
95160 Montmorency

