

FORMULAIRE D'INSCRIPTION A L'ANNUAIRE OPERATIONNEL
ETABLI DANS LE CADRE DU **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.

S'inscrire à l'annuaire opérationnel et renseigner tous les champs du formulaire sont facultatifs.
L'inscription permet un service personnalisé, ce qui n'exclut aucune personne de bénéficier des secours.

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 âgée de plus de 60 ans reconnue inapte au travail
- ☐ personne handicapée
- ☐ personne fragile pour d'autres raisons. Précisez :
- ☐ habitant de la commune

J'atteste être :

- ☐ sous assistance respiratoire
- ☐ à mobilité réduite
- ☐ sous assistance d'un appareillage électrique
- ☐ sous dialyse
- ☐ personne isolée
- ☐ personne immobilisée (alitée)
- ☐ personne malade
- ☐ autre (à préciser) :

Coordonnées du médecin traitant :

NOM : Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone :

CONDRIEU

.....

☐ **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

Accessibilité du logement : ☐ Plein pied

☐ Etage. Précisez :.....

Moyen de locomotion :

☐ OUI

☐ NON

Je certifie bénéficier :

☐ **D'un service d'aide à domicile :**

Intitulé du service :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

☐ **D'un service de soins infirmiers à domicile :**

Intitulé du service :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

☐ **D'un autre service (portage des repas à domicile, téléalarme, ...) :**

Intitulé du service :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

☐ **D'aucun service à domicile**

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

CONDRIEU

.....

NOM :

NOM :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

.....

.....

Téléphone :

Téléphone :

Lien avec vous :

Lien avec vous :

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 Condrieu 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 sont facultatives. Elles font l'objet d'un traitement informatique uniquement destiné à aider les pouvoirs publics dans la mise en place d'un dispositif permanent et général d'alerte à la population dit « Plan Communal de sauvegarde » (PCS) et l'organisation des secours déclenchés en cas de nécessité. Le responsable de ce registre nominatif, mis à jour chaque année, est le Maire de CONDRIEU. Les destinataires des données recueillies sont le Maire, les agents du service de prévention des risques et de gestion de situation de crise de CONDRIEU, 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 Mairie de Condrieu, 8 rue de la Mairie ou par courriel à mairie@condrieu.fr