

## DEMANDE D'INSCRIPTION AU REGISTRE NOMINATIF - ETE 2025



Vous êtes isolé(e) sans proches à proximité, vous êtes âgé(e) ou porteur de handicap ou fragilisé(e) Dans le cadre de la mise en œuvre du plan été 2025, vous pouvez vous inscrire ou inscrire une ou des personnes sur le registre canicule. Ce recueil de données personnelles, encadré par décret et réglementation de la CNIL, s'adresse principalement aux personnes privées d'un entourage proche susceptible de leur venir en aide. Si vous le souhaitez, merci de bien vouloir remplir le formulaire ci-dessous et le signer.

### A remettre ou à adresser par courrier/courriel :



#### Mairie

Services des Solidarités  
8 Grande Rue  
92420 Vaucresson



#### Guichet unique

Mairie  
8 Grande Rue  
92420 Vaucresson



#### Service des Solidarités

10 rue de la Folie  
92420 Vaucresson



[solidarite@mairie-vaucresson.fr](mailto:solidarite@mairie-vaucresson.fr)

M.  Mme

Nom marital : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Bâtiment : ..... Escalier : ..... Étage : ..... Code d'entrée : .....

92420 Vaucresson

Ascenseur :  Oui  Non

Téléphone (*obligatoire*) : ..... Portable : .....

Vit :  seul(e)  en couple  autre, précisez : .....

Percevez-vous l'APA ?  Oui  Non

# DEMANDE D'INSCRIPTION AU REGISTRE NOMINATIF - ETE 2025



## Qualité de la personne à inscrire

- Personne âgée
- Personne adulte handicapée
- Inscription faite en nom propre
- Inscription faite par un tiers (*si oui, remplir les informations suivantes*)

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : .....

Nature du lien : .....

Agissant en qualité de :

- Représentant légal
- Service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile
- Médecin traitant
- Autre : (*préciser*)

## Personne référente

 Personne de l'entourage (*famille, amis, voisins...*) à prévenir en cas d'urgence :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone :

Lien de filiation ?       Oui       Non

 Professionnel(s)

- Service d'aide ou de soins à domicile et /ou
- d'un autre service

Intitulé du service : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

Nom du médecin traitant : ..... Téléphone : .....

Fait à Vauresson, le

Signature