

Protection des données personnelles

Toutes les informations recueillies au moyen de ce formulaire sont facultatives. Elles font l'objet d'un traitement informatique strictement limité à la préparation, à la mise en œuvre et au suivi du **Plan Communal de Sauvegarde (PCS)**, dispositif permanent d'alerte et d'organisation des secours en cas de situation d'urgence.

Les données collectées sont **strictement confidentielles**. Elles sont exclusivement utilisées dans le cadre du PCS afin de permettre au maire et aux adjoints d'identifier et d'accompagner les personnes susceptibles de nécessiter une assistance particulière lors d'un événement exceptionnel. Elles ne sont en aucun cas utilisées à d'autres fins.

Le responsable du registre nominatif, mis à jour chaque année, est le Maire de Saint-Ouen-du-Breuil. Les destinataires des données sont exclusivement le Maire, les agents habilités du service de prévention des risques et de gestion des situations de crise de la commune et, uniquement si les circonstances l'exigent ou sur sa demande, le Préfet.

Conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD) et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement, ainsi que d'un droit d'opposition, dans les conditions prévues par la réglementation.

Pour exercer ces droits, vous pouvez adresser votre demande à :

Mairie de Saint-Ouen-du-Breuil
158, rue Gustave-Flaubert
76890 Saint-Ouen-du-Breuil

ou par courrier électronique à : contact@mairiestouendubreuil.fr.

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de son **Plan Communal de Sauvegarde (PCS)**, la commune met en place un **registre des personnes vulnérables** afin de pouvoir contacter et accompagner les personnes qui pourraient avoir besoin d'une attention particulière en cas d'événement exceptionnel (canicule, grand froid, intempéries, panne d'électricité prolongée, crise sanitaire ou tout autre risque majeur).

Si vous êtes concerné(e), ou si l'un de vos proches résidant dans la commune l'est, nous vous invitons à compléter le formulaire d'inscription ci-joint. Cette démarche est volontaire, gratuite et confidentielle. Les informations recueillies seront utilisées uniquement dans le cadre du dispositif communal d'alerte et d'assistance prévu par le Plan Communal de Sauvegarde, conformément à la réglementation en vigueur.

Nous vous remercions de votre participation, qui contribuera à renforcer la protection et la solidarité au sein de notre commune.

La Maire,

Karine Espinasse

FORMULAIRE D'INSCRIPTION A L'ANNUAIRE OPERATIONNEL DES PERSONNES VULNERABLES

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

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).

- ☐ personne isolée
- ☐ personne immobilisée (alitée)
- ☐ personne malade
- ☐ autre (à préciser) :

Coordonnées du médecin traitant :

NOM :Prénom

Adresse.....

Téléphone.....

☐ 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).

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 :

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 mairie de Saint Ouen du Breuil 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/...../2026.

Signature