

A compléter et à adresser au :
CCAS – 156 rue Émile Basly – 62141 Évin-Malmaison

2026

PERSONNE CONCERNÉE PAR LA DEMANDE (1 formulaire par personne)

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	N° de téléphone :
	Portable :
Adresse :	
<u>L'inscription est demandée au titre de :</u> ☐ Personne de + de 65 ans ☐ Personne de 60 ans reconnue inapte au travail ☐ Personne adulte handicapée	

PERSONNES RÉFÉRENTES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

(1)	(2)
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
N° de téléphone :	N° de téléphone :
Portable :	Portable :
Mail :	Mail :
Lien avec le bénéficiaire :	Lien avec le bénéficiaire :

COORDONNÉES DE VOTRE MÉDECIN TRAITANT

Nom :	Prénom :
Adresse :	
N° de téléphone :	N° de portable :

COORDONNÉES DE VOTRE INFIRMIER(E), SSIAD OU DU CENTRE DE SOINS

Nom :	Prénom :
Adresse :	
N° de téléphone :	Portable :

Date de la demande : / /	SIGNATURE :
--	-------------------

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation ou d'opposition au traitement de vos données.

Vous pouvez également demander leur effacement sous certaines conditions.

La diffusion de ces données est soumise à votre consentement, que vous pouvez retirer à tout moment.

Vous pouvez exercer vos droits directement auprès du Responsable de traitement ou de son délégué à la protection des données :

CCAS d'Évin-Malmaison – 156 rue Émile Basly – 62141 Évin-Malmaison

ou par courriel à : accueil-ccas@mairie-evin-malmaison.fr

Si après nous avoir contactés, vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL.