



**DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE COMMUNAL  
DES PERSONNES VULNÉRABLES**

**VALABLE DU 1ER JUIN AU 15 SEPTEMBRE 2026**  
*Prévu à l'article L. 121-6-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles*

A retourner à l'adresse suivante : **Mairie de Six-Fours-les-Plages - CCAS « Godfroy Jouglas » - BP 97 -  
83183 SIX FOURS CEDEX**

ou par mail à l'adresse : [evenementiel.ccas@sixfours.fr](mailto:evenementiel.ccas@sixfours.fr)

Pour tout renseignement complémentaire : Tél : 04 94 34 94 30 ou 04 94 34 94 63

Horaires d'ouverture : du lundi au vendredi de 8h30 à 11h30 et de 13h30 à 16h30

Juillet et Août : du lundi au vendredi de 7h45 à 15h00

**MERCI DE REMPLIR INTEGRALEMENT CE DOCUMENT (RECTO ET VERSO) ET DE LE SIGNER**

**Je sollicite mon inscription sur le registre communal, en ma qualité de personne :**

de 65 ans et plus

en situation de handicap :

station debout pénible

déambulateur

mobilité réduite

surdité

fauteuil

cécité

canne

autre

**Choix du mode de contact (un seul choix possible) :**

**Par téléphone :** *Je m'engage à répondre au CCAS dès lors que je recevrai un appel lors d'un déclenchement canicule ou, à défaut, à rappeler le jour-même en cas de message laissé sur mon répondeur.*

**Par SMS\* :** *Je m'engage à répondre au CCAS dès lors que je recevrai un SMS lors d'un déclenchement canicule ou, à défaut, à y répondre le jour-même.*

**Renseignements sur la personne bénéficiaire :**

Madame

Monsieur

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : ..... N (e) le : .....

Adresse : .....

..... 83140 SIX-FOURS-LES-PLAGES

Tél domicile : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / Tél portable\* : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

Mail : .....

\* numéro de portable à renseigner obligatoirement si vous avez choisi le SMS comme mode de contact.

**Vous vivez :**

Seul(e)

En couple\*\*

En famille

**\*\* Renseignements sur le conjoint (vivant au domicile), le cas échéant :**

Madame

Monsieur

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : ..... N (e) le : .....

Tél portable : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

**Votre domicile est climatisé :**

OUI

NON

Remplir au verso également →

## Renseignements sur les personnes de mon entourage ou de ma famille à prévenir en cas d'urgence :

*J'atteste avoir informé mes contacts listés ci-dessous qu'ils sont susceptibles d'être contactés par téléphone en cas de non réponse de ma part à un appel ou SMS du CCAS dans le cadre d'un déclenchement canicule.\*\*\**

1/ Lien :  mère/père  fille/fils  sœur/frère  petit(e)-fils/fille  nièce/neveu  voisin(e)  ami(e)  autre

Nom : ..... Prénom : .....

Tél domicile : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / Tél portable : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

2/ Lien :  mère/père  fille/fils  sœur/frère  petit(e)-fils/fille  nièce/neveu  voisin(e)  ami(e)  autre

Nom : ..... Prénom : .....

Tél domicile : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / Tél portable : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

## Professionnels de santé et services à domicile :

**Médecin traitant** : Nom/Prénom : ..... Tél : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

**Aide à domicile** : Société ou Nom : ..... Tél : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

**Soins infirmiers** : Nom/Prénom : ..... Tél : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

Nom/Prénom : ..... Tél : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

**Portage repas** : Société : ..... Tél : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

**Téléalarme** : Société : ..... Tél : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

## Questionnaire obligatoire :

- |   | OUI                      | NON                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| → 1/ Avez-vous un contact régulier avec votre famille entre le 1er juin et le 15 septembre  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → 2/ Avez-vous la visite d'un professionnel (infirmier/ère, aide à domicile...) au moins une fois/jour  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → 3/ Êtes-vous autonome dans vos déplacements   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → 4/ Comment vous déplacez-vous <input type="checkbox"/> seul(e) <input type="checkbox"/> accompagné(e)   |                          |                          |
| → 5/ Quel(s) moyen(s) utilisez-vous pour vos déplacements <input type="checkbox"/> voiture/moto <input type="checkbox"/> bus <input type="checkbox"/> à pieds |                          |                          |

## IMPORTANT : précisez vos dates d'absences prévues entre le 1er juin et le 15 septembre

*(Si ces dates changent n'oubliez pas de le signaler au CCAS au 04 94 34 94 30 ou au 04 94 34 94 63. Cette information est nécessaire car elle peut éviter l'inquiétude de vos interlocuteurs et empêcher une intervention inappropriée de la Police Municipale.)*

Juin : .....

Juillet : .....

Août : .....

Septembre : .....

*Je m'engage à signaler au CCAS toute modification pour la mise à jour de mes données.\*\*\**

*Je suis informé(e) que cette inscription est valable pour l'année en cours et devra être renouvelée chaque année (consentement obligatoire dans le cadre de la loi RGPD sur la protection des données).\*\*\**

\*\*\* mentions obligatoires.

Fait à Six-Fours le / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2026 Signature .....

*Si cette demande est effectuée par un tiers, j'ai prévenu l'intéressé(e) de cette inscription et j'ai obtenu son consentement pour la réaliser.*