



**COORDONNÉES  
MÉDECIN TRAITANT**

**Le cas échéant :  
SERVICE  
INTERVENTION  
AIDE à DOMICILE  
INFIRMIER LIBERAL**

**OBSERVATIONS  
PARTICULIERES**

NOM DU SERVICE D'AIDE A DOMICILE :

Téléphone :

NOM DU CABINET INFIRMIER :

Téléphone :

**Je consens à ce que les données de ce questionnaire soient inscrites au registre nominatif de la commune en cas de déclenchement du «plan canicule – grand froid – pandémie»**

*Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatisé destiné à apporter une aide aux personnes en période de déclenchement du Plan Canicule-Grand Froid-Pandémie par le Pôle seniors de la Mairie de GRADIGNAN. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, aux informations qui vous concernent, pour connaître et exercer vos droits, vous pouvez également consulter notre « Politique de gestion des données personnelles » dans la rubrique « Données Personnelles » du site Internet de la collectivité <https://www.gradignan.fr>*

*Fait à Gradignan le*

*Signature*