Département de l'Essonne **Police Municipale** **Mairie de Saclay**	**Opération Vigilance de Proximité des Aînés**	

DEMANDEUR : (bénéficiaire de l'opération)

Nom : Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Code postal : 91400
Ville : SACLAY
Téléphone fixe : Téléphone mobile :

Personne de confiance

Nom et prénom :
Adresse :
Code postal / Ville :
Téléphone fixe : Téléphone Mobile :

Observations particulières

Conjoint (e), aide à domicile, famille, proches à contacter, autres…

En outre :
Je souhaite adhérer au plan canicule : [ ] **OUI** [ ] **NON**

En incapacité de me déplacer, je sollicite un contact avec la Police Municipale :[ ] **OUI** [ ] **NON**

Les informations recueillis font l'objet d'un traitement d'informations nominatives.
Conformément à l'article 34 de la Loi 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant.
Vous pouvez exercer ce droit auprès du service ayant enregistré votre demande.

Fait à Saclay le : **Signature du demandeur**