

Registre communal des personnes vulnérables

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Merci de bien vouloir compléter et adresser ce formulaire à votre mairie :

PERSONNE CONCERNÉE PAR LA DEMANDE (UN FORMULAIRE PAR PERSONNE) :

MADAME MONSIEUR NOM & PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

CODE POSTAL & VILLE :

TÉL. PORTABLE :

TÉL. FIXE :

COURRIEL :

@

L'INSCRIPTION EST DEMANDÉE AU TITRE DE :

PERSONNE DE 65 ANS ET PLUS, résidant à leur domicile,

PERSONNE DE 60 ANS ET PLUS, reconnues inaptes au travail, résidant à leur domicile,

PERSONNE DE 60 ANS ET PLUS, BÉNÉFICIAIRE DE L'APA

PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP, résidant à leur domicile,

bénéficiaire de la PCH,

de l'un des avantages prévus au titre IV du livre II du code de l'action sociale et des familles (AAH, ACTP, carte d'invalidité, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé), ou d'une pension d'invalidité servie au titre d'un régime de base de la sécurité sociale ou du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre,

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE : un conseil au plus proche de votre domicile

NOM & PRENOM :

Tél. Portable :

Tél. Fixe :

LIEN AVEC LA PERSONNE CONCERNÉE PAR LA DEMANDE :

POUR INFORMATION

VOTRE MÉDECIN TRAITANT :

Tél. Portable :

VOTRE INFIRMIÈRE :

Tél. Portable :

VOTRE SERVICE INTERVENANT À DOMICILE :

Tél. Portable :

Tél. Fixe :

VOS PROCHES ENFANT PETIT-ENFANT AUTRE

NOM & PRENOM

Tél. Portable

Tél. Fixe

SI VOUS DEMANDEZ L'INSCRIPTION EN QUALITÉ DE TIERCE PERSONNE :

NOM & PRENOM

Tél. Portable

Tél. Fixe

VOTRE DEMANDE EN QUALITÉ DE :

DATE

SIGNATURE