



DEMANDE D'INSCRIPTION AU REGISTRE COMMUNAL

Identification du demandeur

Demande formulée par :

- En nom propre
- Fils ou fille du bénéficiaire
- Tuteur du bénéficiaire
- Médecin traitant du bénéficiaire
- Professionnel du maintien à domicile
- Autre précisez : _____

Coordonnées du demandeur

(si différentes de la personne à inscrire)

NOM MARITAL: _____

PRÉNOM: _____

NOM DE JEUNE FILLE: _____

ADRESSE: _____

CODE POSTAL: _____

VILLE: _____

TÉLÉPHONE FIXE: _____

LIGNE ROUGE: oui non

TÉLÉPHONE PORTABLE: _____

MAIL: _____ @ _____

PERSONNE À INSCRIRE

NOM MARITAL: _____

PRÉNOM: _____

NOM DE JEUNE FILLE: _____

ADRESSE: _____

CODE POSTAL: _____

VILLE: _____

TÉLÉPHONE FIXE: _____

LIGNE ROUGE: oui non

TÉLÉPHONE PORTABLE: _____

MAIL: _____ @ _____

Vit seule: oui non

Téléalarme: oui non

Personne âgée de plus de 65 ans:

oui non

Personne inapte au travail de plus de 60 ans:

oui non

Personne atteinte de maladie chronique
ou de trouble de la santé mentale:

oui non

Personne handicapée de plus de 18 ans:

oui non

Personne à contacter en cas d'urgence

Personne de l'entourage (famille, amis, voisins...)

NOM: _____

PRÉNOM: _____

LIEN AVEC LA PERSONNE INSCRITE: _____

TÉLÉPHONE DOMICILE: _____

LIGNE ROUGE: oui non

TÉLÉPHONE PORTABLE: _____

Soins infirmiers: oui non

SI OUI; NOM: _____

TÉLÉPHONE FIXE / PORTABLE: _____

Médecin traitant

NOM; PRÉNOM: _____

TÉLÉPHONE: _____

Partage des repas: oui non

SI OUI; NOM: _____

TÉLÉPHONE FIXE / PORTABLE _____

Aide à domicile: oui non

SI OUI; NOM: _____

TÉLÉPHONE FIXE / PORTABLE: _____

Autres informations

Souhaitez-vous que la personne inscrite au registre communal soit informée par téléphone du déclenchement d'une alerte canicule via le service d'alerte de la commune:

oui non

Souhaitez-vous que la personne de l'entourage à contacter en cas d'urgence, soit informée par sms du déclenchement d'une alerte canicule via le service d'alerte de la commune:

oui non

Je suis informé(e) que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment par simple demande de ma part.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées sur cette demande

FAIT À: _____

LE: _____

SIGNATURE:

À déposer en mairie ou à adresser:

Par voie postale:

CCAS de Salaise sur Sanne

Mairie de Salaise sur Sanne

BP 20318

38150 SALAISE SUR SANNE

Par mail à: ccas@mairie-salaise-sur-sanne.fr



DEMANDE DE RADIATION

Je soussigné(e) (nom, prénom): _____

Né(e) le: _____

TÉLÉPHONE DOMICILE / PORTABLE: _____

sollicite ma radiation au registre communal des personnes vulnérables à compter de ce jour

FAIT À: _____

LE: _____

SIGNATURE: