



# 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: \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

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](mailto: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: