



REGISTRE DES PERSONNES VULNERABLES

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Personne concernée par la demande : (un formulaire par personne)

Madame Monsieur

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TEL PORTABLE

TEL FIXE :

ADRESSE MAIL :

L'inscription est demandée au titre de :

- Personne de 65 ans et plus
 Personne de 60 ans et plus, reconnue inapte au travail
 Personne en situation de handicap
 Personne vulnérable (isolée...)

Personne à prévenir en cas d'urgence :

NOM :

PRENOM :

TEL PORTABLE

TEL FIXE :

LIEN AVEC LA PERSONNE CONCERNEE PAR LA DEMANDE :

Service à domicile :

Aide à domicile	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Portable des repas	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Cabinet infirmier	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Téléalarme - téléassistance	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Confidentialité des données :

Toutes les personnes accédant aux données contenues dans ce registre sont tenues au secret professionnel.

Les informations recueillies seront regroupées au sein du registre tenu par le Centre Communal d'Action Sociale.

L'intéressé(e) dispose d'un droit d'accès et peut à tout moment demander la modification ou l'annulation de son inscription.

DATE :

SIGNATURE :