

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU REGISTRE NOMINATIF COMMUNAL

(utilisé en cas d'activation de plan d'alerte)

A retourner à l'adresse suivante :

CLIC – 5 rue Madame - BP 90832 - 86108 Châtellerauld cedex ou par mail : clic@ccas-chatellerauld.fr

Cette inscription n'a aucun caractère obligatoire et les données qui seront transmises resteront confidentielles. A tout moment, les informations transmises peuvent être rectifiées ou effacées sur demande de la personne concernée.

### IDENTITE

Nom  Prénom

Date de naissance

Adresse

Téléphone

Qualité au titre de laquelle la personne est inscrite :

- personne âgée de plus de 65 ans, résidant à domicile  
 personne âgée de plus de 65 ans mais reconnue inapte au travail, résidant à domicile  
 personne adulte handicapée :  bénéficiaire de l'APA  non bénéficiaire de l'APA

Demande effectuée par :

- la personne concernée,  
 son représentant légal,  
 son fils, sa fille,

autre, précisez le nom du demandeur

la qualité

### MEDECIN TRAITANT

Nom  Prénom

Adresse

Téléphone

Si mon médecin traitant est absent pour raison de congés ou autre, je consulterai un autre médecin aux coordonnées suivantes :

Nom  Prénom

Adresse

Téléphone

## **SITUATION DE SANTE**

Je bénéficie du service « téléalarme » :

oui  non mais je souhaite une documentation

Je bénéficie d'un service à domicile (aide-ménagère, infirmière, ...)

oui, précisez lequel   non

Je suis un traitement contre la(les) maladie(s) suivante(s) :

## **PERSONNES A PREVENIR EN CAS DE BESOIN (FAMILLE, AMIS, VOISINS)**

**1ère personne** - lien de parenté

Nom  Prénom

Adresse

Téléphone privé

Téléphone portable

Téléphone professionnel

**2ème personne** - lien de parenté

Nom  Prénom

Adresse

Téléphone privé

Téléphone portable

Téléphone professionnel

Fait à  le

Signature