

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU REGISTRE NOMINATIF COMMUNAL
(utilisé en cas d'activation de plan d'alerte)

A retourner à l'adresse suivante :
Vienne Autonomie Conseils – 5, rue Madame - CS 90832 - 86108 Châtelleraut Cedex
ou
par mail : clic@ccas-chatelleraut.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

IDENTITÉ

NOM :Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....
.....

Téléphone :

- personne âgée de plus de 65 ans, résidant à domicile
- personne âgée de plus de 60 ans mais reconnue inapte au travail, résidant à domicile
- personne adulte handicapée

Demande effectuée par :

- La personne concernée,
- Son représentant légal,
- Sa famille,
- Autre :

Services intervenants à domicile :

- Oui
- Non

Autres :

- Oui
- Non

SITUATION DE SANTÉ

Pathologie(s) :

.....
.....
.....

MÉDECIN TRAITANT

NOM :

PERSONNES A PRÉVENIR EN CAS DE BESOIN (FAMILLE, AMIS, VOISINS)

1^{ère} personne : lien de parenté :

NOM : Prénom :

Adresse :
.....
.....

Téléphone privé :

Téléphone portable :

Téléphone professionnel :

2^{ème} personne : lien de parenté :

NOM : Prénom :

Adresse :
.....
.....

Téléphone privé :

Téléphone portable :

Téléphone professionnel :

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES :

.....
.....
.....
.....

Fait à, le

Signature