



**DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE
NOMINATIF DES PERSONNES AGEES ET DES
PERSONNES HANDICAPEES**

Prévu à l'article L.121-6-1 du Code de l'Action Sociale et des
Familles

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Soit par l'intéressé :

Je Soussigné(e)

NOM : Prénom :

Sollicite mon inscription sur le registre nominatif des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence consécutif à une situation de risques exceptionnels, climatiques ou autres.

Soit par un tiers, dans ce cas, indiquer :

Je Soussigné(e)

NOM : Prénom :

Téléphone :

Agissant en qualité de :

- représentant légal
- service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile
- médecin traitant
- autres (préciser) :

Sollicite l'inscription sur le registre nominatif des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence consécutif à une situation de risques exceptionnels de :

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ÂGÉE OU HANDICAPEE

NOM : Prénom :

NOM de jeune fille :

Né(e) le : à : DPT :

Adresse :

13370 MALLEMORT

N° Téléphone fixe : N° Téléphone portable :

- L'inscription est demandée en qualité :
- de personne handicapée
 - de personne âgée de 65 ans et plus
 - de personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail

LOGEMENT

TYPE : Individuel Collectif Collectif avec gardien
Le logement dispose d'une climatisation : OUI NON
La personne vit seule : OUI NON
Si non, avec qui : conjoint ou compagnon enfant majeur enfant mineur
 autre (préciser)

PRESTATION(S) A DOMICILE DONT BENEFICIE LA PERSONNE A INSCRIRE

- Service d'aide à domicile :
 La Clé des Ages ADMR A Vos Soins Autres :
 Tous les jours Au moins une fois par semaine Moins d'une fois par semaine
Adresse de l'association :
Téléphone de l'association :
- Service de soins infirmiers à domicile :
Nom et adresse :
Téléphone :
 Tous les jours Au moins une fois par semaine Moins d'une fois par semaine
- Service de Téléassistance :
 OUI NON
- Autre service à domicile :
Nom et adresse de l'organisme :
Téléphone :
- Aucun service à domicile

PERSONNES (famille, amis, voisins, aides à domicile, ...) A CONTACTER

Contact n°1 :

NOM : Prénom :
Qualité (enfant, parent, voisin, ami...) :
Adresse :
Téléphone fixe : Portable : Travail :

Contact n°2 :

NOM : Prénom :
Qualité (enfant, parent, voisin, ami...) :
Adresse :
Téléphone fixe : Portable : Travail :

Contact n°3 :

NOM : Prénom :
Qualité (enfant, parent, voisin, ami...) :
Adresse :
Téléphone fixe : Portable : Travail :

Contact n°4 :

NOM : Prénom :
Qualité (enfant, parent, voisin, ami...) :
Adresse :
Téléphone fixe : Portable : Travail :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Nom et téléphone du médecin traitant :

Fréquentation de clubs ou autres structures-activités (précisez les jours et horaires) :

.....
.....

Autres informations à communiquer (absences prévues pendant l'été, animal de compagnie...) :

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

J'atteste sur l'honneur de l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande.

Fait à Mallemort, le

Signature :

A RENVoyer OU A DEPOSER :
Mairie de Mallemort
Service CCAS
Cours Victor Hugo BP47
13370 Mallemort
Tél. : 04 90 59 11 05
Fax : 04 90 59 15 62
ccas@mallemort13.fr

Informations légales

Les informations ainsi recueillies sont confidentielles et alimentent un fichier qui ne pourra en aucun cas être utilisé pour un autre usage. Conformément aux règles de recueil informatisé des données personnelles, vous pouvez à tout moment demander à être radié ou simplement à avoir accès aux informations vous concernant ou à les rectifier.