



**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.