

DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF des PERSONNES FRAGILES et ISOLÉES

PERSONNE À INSCRIRE

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse :16440 ROULLET-SAINT-ESTEPHE

Adresse mail :@.....

- J'ai 65 ans ou plus
- J'ai 60 ans ou plus et suis reconnu(e) inapte au travail
- Je suis reconnu(e) Adulte Handicapé
- J'ai une obligation de branchement électrique pour raison médicale

Si oui laquelle

Bénéficiez-vous d'un service à domicile ? OUI NON

Si oui, quel service ? (infirmière, portage de repas, aide-ménagère, assistante de vie ...)

.....

Nom de la personne (ou entreprise) qui se rend chez vous :

N° de téléphone de la personne (ou entreprise) qui se rend chez vous :

Nom et coordonnées du médecin traitant :

.....

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : Prénom :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse :

SI LA DEMANDE EST FAITE PAR UN REPRESENTANT LÉGAL OU UN PROCHE

Nom : Prénom :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse :

Date :

Signature