



DEMANDE D'INSCRIPTION  
PAR UN TIERS  
SUR LE REGISTRE COMMUNAL  
DES PERSONNES VULNÉRABLES



Je soussigné(e) Nom : ..... Prénom : .....

agissant en ma qualité de  Représentant Légal  Membre de la Famille : .....

Médecin Traitant  Professionnel du maintien à domicile  Autre (préciser) : .....

Sollicite l'inscription sur le registre communal des personnes vulnérables de :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... 13160 Châteaurenard

Né(e) le : ..... Tél. portable : .....

Tél. domicile : ..... Répondeur tél. au domicile :  oui  non

En sa qualité de personne :  + de 65 ans  + de 60 ans inapte au travail  majeur handicapé ou invalide

Personne de mon entourage, de ma famille :

A prévenir en cas d'urgence : Nom : .....	Prénom : .....
Tél. portable : .....	Tél. domicile : .....

Professionnel et Service à Domicile :

<input type="checkbox"/> Aide à Domicile (organisme et/ou privée) Nom : .....	Tél. : .....	Tél. : .....
<input type="checkbox"/> Soins Infirmiers (organisme et/ou libéral) Nom : .....	Tél. : .....	Tél. : .....
<input type="checkbox"/> Portage de repas Nom : .....	<input type="checkbox"/> Téléalarme Nom : .....	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans cette demande.

Je signale au C.C.A.S. de Châteaurenard toute modification concernant ces informations pour mettre à jour mes données.

Fait à Châteaurenard, le ..... Signature

*Les données recueillies ont pour seul objet le Plan d'Alerte et d'Urgence Départemental. Elles sont destinées à l'usage exclusif du C.C.A.S. de Châteaurenard et du Préfet à sa demande. La loi du 6 Août 2004 modifiant la loi du 06/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous accorde un droit d'accès, d'opposition et de rectification des données à caractère personnel.*