

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 :

Aide à Domicile (organisme et/ou privée) Nom :

Tél. : Tél. :

Soins Infirmiers (organisme et/ou libéral)

Nom :

Tél. : Tél. :

Portage de repas Nom : 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.