



REGISTRE DES PERSONNES VULNERABLES ET ISOLÉES

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

TIERS RÉALISANT L'INSCRIPTION (HORS DEMANDEUR LUI-MÊME) ⁽¹⁾ :

Nom : Prénom(s) :
Adresse :
Téléphone : / / / /
Lien (à préciser) :

PERSONNE À INSCRIRE ^(1 ET 2) :

Nom : Prénom(s) :
Adresse :
Date de naissance : / / Âge :
Téléphone ⁽³⁾ : / / / /

JE SOLLICITE MON INSCRIPTION AU TITRE DE ⁽¹⁾ :

- Personne âgée isolée de 65 ans et plus
- Personne isolée en situation de handicap
- Personne reconnue inapte au travail

⁽¹⁾ Les réponses à ces rubriques sont obligatoires.

⁽²⁾ Une fiche par personne, même si vous êtes en couple ou vivez sous le même toit sans être marié.

⁽³⁾ Le numéro de téléphone doit être opérationnel, c'est sur celui-ci que vous serez contacté.

JE DÉCLARE BÉNÉFICIAIRE DE L'INTERVENTION ⁽¹⁾ :

- D'un service d'aide à domicile :
Nom : Téléphone ⁽³⁾ : / / / /
Adresse :
- D'un service de soins infirmiers à domicile :
Nom : Téléphone ⁽³⁾ : / / / /
Adresse :
- D'un autre service :
Nom : Téléphone ⁽³⁾ : / / / /
Adresse :
- D'un autre service :
Nom : Téléphone ⁽³⁾ : / / / /
Adresse :
- D'aucun service

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT ⁽¹⁾ :

PAS DE MÉDECIN TRAITANT

Nom : Prénom :
Adresse :
Téléphone : / / / / Mail :@.....

PERSONNE DE VOTRE ENTOURAGE A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE ⁽¹⁾ :

Nom : Prénom :
Adresse :
Téléphone : / / / / Mail :@.....
Lien (à préciser) :

FAIT À
LE / /

SIGNATURE (si la personne qui signe n'est pas la personne concernée, préciser sa qualité)