



C.C.A.S. DE SOSPEL
5, Avenue de la 1^{ère} DFL
06380 SOSPEL

Tél. : 04 93 04 33 03
04 93 04 33 25

Registre Des Personnes Vulnérables

Fiche d'inscription

Coordonnées de la personne :

NOM : PRENOM :

Date de naissance :/...../..... À

Adresse :

.....

.....

Téléphone fixe : Portable :

Qualité : Personne âgée de plus de 65 ans

Personne adulte handicapée

Personne de plus de 60 ans et reconnue inapte au travail

Coordonnées de la personne à joindre en cas d'urgence :

NOM : PRENOM :

Adresse :

.....

.....

Téléphone :

Coordonnées du Responsable Légal (si mesure de protection) :

NOM : PRENOM :

Adresse :

.....

.....

Téléphone :

Demande faite par :

L'intéressé(e)

Autre

Si autre, précisez

NOM : PRENOM :

Adresse :

.....

.....

Téléphone :

Lien avec la personne concernée :

MEDECIN TRAITANT	Nom : Prénom : Adresse : Téléphone :
SANTE	<input type="checkbox"/> A mobilité réduite <input type="checkbox"/> Assistance respiratoire <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> Canne/Déambulateur <input type="checkbox"/> Allergie Régime alimentaire : Autres :
INTERVENANTS A DOMICILE	<input type="checkbox"/> Service d'aide à domicile Nom/Tél : <input type="checkbox"/> Services de soins à domicile Nom/Tél : <input type="checkbox"/> Portage de repas à domicile Nom/Tél : <input type="checkbox"/> Service Téléassistance Nom/Tél :

Je suis informé(e) que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de ma part.

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

Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler aux services municipaux toute modification concernant ces informations, aux fins de mettre à jour les données permettant de me contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.

Fait à
 Le.....
 Signature,

A RETOURNER AU
 C.C.A.S de SOSPEL, 5 Boulevard de la 1^{ère} D.F.L 06380 SOSPEL