REGISTRE DES PERSONNES FRAGILES ISOLEES
FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION OU DE REINSCRIPTION

COORDONNEES

Je soussigné(e) :

.....

Date de naissance : ___ /___ /_____

Téléphone : ___ ___ ___ ___ ___ (obligatoire)

Adresse précise :

.....

Conditions de vie : ❑ seule ❑ en couple ❑ en famille

❑Personne âgée de plus de 65 ans
❑Personne âgée de 60 ans et plus, reconnue inapte au travail
❑Adulte handicapé

MEDECIN TRAITANT

Nom : ..... Téléphone : ___ ___ ___ ___ ___

BÉNÉFICIEZ-VOUS D'UN SERVICE D'AIDE

Aide à domicile :
❑ si Oui, lequel : ..... ❑Non

Téléalarme :
❑ si Oui, lequel : ..... ❑Non

Portage de repas :
❑ si Oui, lequel : ..... ❑ Non

PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

1-Nom-Prénom : ..... Lien avec la personne : .....

Téléphone : ___ ___ ___ ___ ___ (obligatoire)

2-Nom-Prénom : ..... Lien avec la personne : .....

Téléphone : ___ ___ ___ ___ ___ (obligatoire)

A REMPLIR SI LA DEMANDE PROVIENT D'UN TIERS

Nom-Prénom : ..... Qualité : .....

Téléphone : ___ ___ ___ ___ ___ (obligatoire)

Demande à être inscrit(e) sur le Registre Communal informatisé des personnes fragiles ou isolées afin que je puisse être assisté(e) en cas de plan d'alerte et d'urgence.

Fait à MANE, le : ___ /___ /_____

Signature :

Formulaire à remplir et à déposer à la Mairie de MANE