



# INSCRIPTION AU REGISTRE DES PERSONNES FRAGILES ISOLÉES

## REGISTRE DES PERSONNES FRAGILES ISOLÉES

### FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION OU DE REINSCRIPTION

Ou télécharger le formulaire en PDF et le retourner rempli et signé en mairie ou à : [secretariat@mairiedemane31.com](mailto:secretariat@mairiedemane31.com)

|                                       |                                               |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Je soussigné(e):                      |                                               |
| Date de naissance:                    |                                               |
| Téléphone:                            |                                               |
| Adresse complète:                     |                                               |
| Conditions de vie :                   | SeuleEn couple en famille                     |
|                                       | Personne de plus de 65 ans                    |
|                                       | Personne de 60 ans et plus, inapte au travail |
|                                       | Adulte handicapé                              |
| Médecin traitant :                    |                                               |
|                                       | Nom:Téléphone:                                |
| Bénéficiez vous d'un service d'aide : |                                               |
| Si oui, lequel ?                      |                                               |
| Non                                   |                                               |
| Téléalarme ?                          |                                               |
| Si oui, lequel ?                      |                                               |
| Non                                   |                                               |

|                                              |                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Portage de repas:</b>                     |                                                                                                                                                                                  |
| Si oui, lequel ?                             |                                                                                                                                                                                  |
| Non                                          |                                                                                                                                                                                  |
| <b>Personne à prévenir en cas d'urgence:</b> |                                                                                                                                                                                  |
|                                              | Nom-Prénom Lien avec la personne<br>Téléphone                                                                                                                                    |
|                                              | Nom-PrénomLien avec la personne<br>Téléphone                                                                                                                                     |
| <b>Si la demande provient d'un tiers :</b>   |                                                                                                                                                                                  |
|                                              | Nom-PrénomQualité<br>Téléphone                                                                                                                                                   |
|                                              | <b>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'aletre et d'urgence.</b> |
|                                              | <b>Fait à Mane, le</b><br><br><b>Signature</b>                                                                                                                                   |

Ou télécharger le formulaire en PDF et le retourner rempli et signé en mairie ou à : [secretariat@mairiedemane31.com](mailto:secretariat@mairiedemane31.com)