



Centre Communal d'Action Sociale
REGISTRE DES PERSONNES VULNÉRABLES
 FORMULAIRE D'INSCRIPTION
 Consultable sur le site internet de la commune
www.saintdenislanneray.fr rubrique : Séniors

Madame :

Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse du domicile :
 Téléphone :

Monsieur :

Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :

- ① Vivez-vous seul(e) ? **OUI** **NON**
- ② Avez-vous des appels réguliers de vos proches ? **OUI** **NON**
- ③ Êtes-vous adhérent d'une de nos associations communales ? **OUI** **NON**

Si oui, laquelle?

④ Bénéficiez-vous de :

- ❖ Portage de repas **OUI** **NON**
- ❖ Télé-alarme **OUI** **NON**
- ❖ Aide APA/Département **OUI** **NON**

⑤ Si vous devez vous absenter de votre domicile, merci de préciser les dates :

Du _____ au _____ 20__

⑥ Fiche contacts

⑥ Fiche contacts		
<p>PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE</p> <p>Nom Prénom :</p> <p>Nature de l'aidant :</p> <p>☎ : ☎ :</p> <p>Nom Prénom :</p> <p>Nature de l'aidant :</p> <p>☎ : ☎ :</p>	<p>ENFANT À PRÉVENIR <i>(Si différent de la personne à contacter en cas d'urgence)</i></p> <p>Nom Prénom :</p> <p>☎ : ☎ :</p> <p>Nom Prénom :</p> <p>☎ : ☎ :</p>	<p>SERVICE À DOMICILE Nom de l'association :</p> <p>☎ : ☎ :</p> <p>Jour(s) d'intervention L <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></p> <p>INFIRMIER(E) Nom : ☎ :</p> <p>MEDECIN TRAITANT Docteur : ☎ :</p>

Je demande à figurer sur le registre des personnes vulnérables de la ville de Saint-Denis-Lanneray en cas d'enclenchement par la préfecture d'un plan canicule.

Saint-Denis-Lanneray, le _____ / _____ / 20__

Signature :

Formulaire d'inscription à retourner par mail : contact@saintdenislanneray.fr

Ou voie postale : Inscription au registre des personnes vulnérables - CCAS - 92 Route Nationale - 28200 SAINT-DENIS-LANNERAY