

# DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE MUNICIPAL

## « PERSONNES ISOLÉES À DOMICILE »



### ▷ L'inscription concerne :

Nom et Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / 19..... ou âge : .....

Adresse précise : .....

Détail (bâtiment, étage, n°appartement, code immeuble, code ascenseur...) .....

Type de logement :       Individuel       Collectif       Collectif avec gardien

Téléphone fixe : ..... Portable : .....

Email : .....

Situation de famille :       seul(e)       en couple       en famille

Enfant(s) :       oui       non

Si oui :       à proximité       éloigné(s)

Médecin traitant : .....

Téléphone : .....

### ▷ Demande mon inscription sur le registre nominatif des personnes isolées à domicile en qualité de :

- personne âgée de plus de 65 ans
- personne âgée de 60 ans et plus, reconnue inapte au travail
- personne adulte handicapée

### ▷ Inscription sur le système d'alerte à la population en cas de déclenchement du Plan Communal de Sauvegarde (PCS)

- Je souhaite être inscrit sur le registre alerte à la population en cas de déclenchement du Plan Communal de Sauvegarde (PCS).

### ▷ Déclare bénéficiaire de l'intervention :

#### d'un service d'aide à domicile

Intitulé du service .....

Adresse/téléphone .....

#### d'un service de soins infirmiers à domicile

Intitulé du service .....

Adresse/téléphone .....



d'un autre service à domicile (téléalarme, portage de repas...)

▷ **Nom, prénom, adresse des personnes à prévenir en cas d'urgence:**

NOM/Prénom: .....

Adresse: .....

Code Postal: ..... Ville: .....

Téléphone fixe: ..... Portable: ..... Email: .....

Membre de la famille  Voisin  Autre (précisez): .....

NOM/Prénom: .....

Adresse: .....

Code Postal: ..... Ville: .....

Téléphone fixe: ..... Portable: ..... Email: .....

Membre de la famille  Voisin  Autre (précisez): .....

NOM/Prénom: .....

Adresse: .....

Code Postal: ..... Ville: .....

Téléphone fixe: ..... Portable: ..... Email: .....

Membre de la famille  Voisin  Autre (précisez): .....

▷ **Nom, prénom et qualité de la tierce personne qui effectue la demande d'inscription:**

Selon la loi du 6-1-1978 (art 34 et suivants) vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de ces informations en vous adressant au CCAS de Vannes.

Fait à Vannes, le .....

Signature

**CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE**  
22, avenue Victor Hugo | BP 210  
56006 VANNES cedex  
Tel: 02 97 01 65 34 | Fax: 02 97 01 65 21  
[ccas@mairie-vannes.fr](mailto:ccas@mairie-vannes.fr)