

DEMANDE D'INSCRIPTION

SUR LE REGISTRE COMMUNAL

DES PERSONNES ISOLEES VULNERABLES HANDICAPEES

Nom : Prénoms :

.....

Date de Naissance : / /

Personnes âgée de 65 ans et plus Personne âgée de plus de 60 ans et reconnue inapte au travail

Personne adulte handicapée

Adresse :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

N° de tél. domicile : N° de tél. portable

.....

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence :

Nom, prénom : N° de tél. :

.....

Nom, prénom : N° de tél. :

.....

Coordonnées du service intervenant à domicile :

Nom du service :

.....

.....

Téléphone :

.....

.....

Le cas échéant, coordonnées de la tierce personne qui a effectué le demande :

Nom : Prénom :

.....

Adresse :

.....

Fait à

le

Signature (es)