



CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

FORMULAIRE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE DES PERSONNES VULNERABLES

Je soussigné(e) **NOM** : **Prénom** :

Agissant en qualité de :

- Personne concerné(e)
- Représentant légal
- Service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile
- Médecin traitant

Sollicite l'inscription sur le registre des personnes à contacter en cas de déclenchement de plan d'alerte (canicule, grand froid) ou d'urgence consécutive à une situation de risques exceptionnels ou autres :

NOM : **Prénom** :

Date de Naissance :

Adresse :

Type de logement : maison individuelle
 Appartement

Téléphone :

Médecin traitant :

➤ Vous vivez seul : oui non

Vous êtes : une personne âgée de 65 ans et plus
 Une personne âgée de plus de 60 ans reconnue inapte au travail
 une personne handicapée

➤ Recevez-vous de la visite de votre entourage :

	oui	non	Fréquence des visites
Famille			<input type="checkbox"/> tous les jours <input type="checkbox"/> une fois par semaine <input type="checkbox"/> de temps en temps
Amis			<input type="checkbox"/> tous les jours <input type="checkbox"/> une fois par semaine <input type="checkbox"/> de temps en temps
Autres			<input type="checkbox"/> tous les jours <input type="checkbox"/> une fois par semaine <input type="checkbox"/> de temps en temps

➤ Bénéficiez-vous des prestations suivantes :

Prestations	oui	non	Intervenant/ organisme	Fréquence	Coordonnées
<i>Aide-ménagère ou auxiliaire de vie</i>			<input type="checkbox"/> ADMR <input type="checkbox"/> autres	<input type="checkbox"/> tous les jours <input type="checkbox"/> une à deux fois par semaine	
<i>Soins à domicile</i>			<input type="checkbox"/> infirmière <input type="checkbox"/> autres	<input type="checkbox"/> tous les jours <input type="checkbox"/> une à deux fois par semaine	
<i>Portage de repas</i>				<input type="checkbox"/> tous les jours <input type="checkbox"/> une à deux fois par semaine	
<i>Téléalarme</i>					

Personnes de votre entourage à contacter en cas d'urgence :

1 – nom et prénom :
 Adresse :
 Téléphone :

2 – nom et prénom :
 Adresse :
 Téléphone :

3 – nom et prénom :
 Adresse :
 Téléphone :

Je soussigné (e) atteste donner mon accord pour figurer sur le registre des personnes vulnérables détenu par le CCAS de la commune de GARENNES SUR EURE.

Fait à, le

signature

Ces données inscrites sur ce formulaire sont confidentielles et protégées conformément aux dispositions de la loi « informatique et Libertés » du 6 janvier 1978. Elles sont conservées jusqu'au décès de la personne en cause ou jusqu'à sa demande de radiation du registre. Les personnes inscrites peuvent à tout moment bénéficier à un droit d'accès et de rectification des informations inscrites.