FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF
prévu à l'article L. 121-6-1 du code de l'action sociale et des familles

BULLETIN D'INSCRIPTION 2025

À retourner à l'accueil de la Mairie

1- IDENTIFICATION DE LA PERSONNE À INSCRIRE :

M. □ Mme □
NOM : …… PRÉNOM(S) ……..
NÉ(E) LE : ……\……\…… à……
ADRESSE……
……..
TÉLÉPHONE : ……

SITUATION FAMILIALE : isolé(e) □ couple □ en famille □

Je demande mon inscription :
□ en qualité de personne âgée de 65 ans et plus
□ en qualité de personne âgée de plus de 60 ans,reconnue inapte au travail
□ en qualité de personne handicapée

Je suis informé(e) que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de ma part.

2- RÉFÉRENCES DU SERVICE MÉDICAL OU SOCIAL INTERVENANT A VOTRE DOMICILE OU EN CONTACT AVEC VOUS

Je déclare bénéficier de l'intervention :

□ d'un service d'aide à domicile
Nom du service : ……
Adresse: ……..
Téléphone : ……

□ d'un service de soins infirmiers à domicile
Nom du service : ……
Adresse:……. …….
Téléphone : ……

□ d'un autre service
Nom du service : ……
Adresse : …… ……..
Téléphone : ……

□ d'aucun service à domicile

3- PERSONNES DE VOTRE ENTOURAGE A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

1/ NOM / Prénom(s) : ……
Adresse : …….
Téléphone : ……

2/ NOM / Prénom(s) : ……
Adresse : : ……..
Téléphone : ……

4- ABSENCES PRÉVUES DURANT LA PÉRIODE ESTIVALE :

Du : …… au : ……
Du : ……au : ……
Du : ……au : ……

□ Absences non prévues à ce jour.
Pour tout changement, veuillez nous en informer au 04 67 43 72 50

5- SI LE BULLETIN EST REMPLI POUR LE BÉNÉFICIAIRE PAR UN TIERS, VEUILLEZ PRÉCISER VOS COORDONNÉES :

M. □ Mme □
Nom :…… Prénom : …….
Adresse : ……
……
Téléphone : ……..

Agissant en qualité de :
□ Représentant légal
□ Service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile
□ Médecin traitant
□ Autre : ……(merci de le préciser)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande.

ATTENTION : Je suis informé(e) :

- que cette inscription ne concerne que les personnes vulnérables du fait de leur isolement.
- que cette inscription est facultative et qu'une demande de radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande.
- qu'il m'appartient de signaler aux services municipaux toute modification concernant ces informations, aux fins de mettre à jour les données permettant de me contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.

Fait à ……, le ……

Signature obligatoire

Les informations communiquées ont pour seul objet le plan d'alerte et d'urgence départemental. Elles restent confidentielles et sont destinées exclusivement à l'usage du Centre Communal d'Action Sociale de Loupian, responsable de leur traitement.