



## 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 2026**

**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.  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.