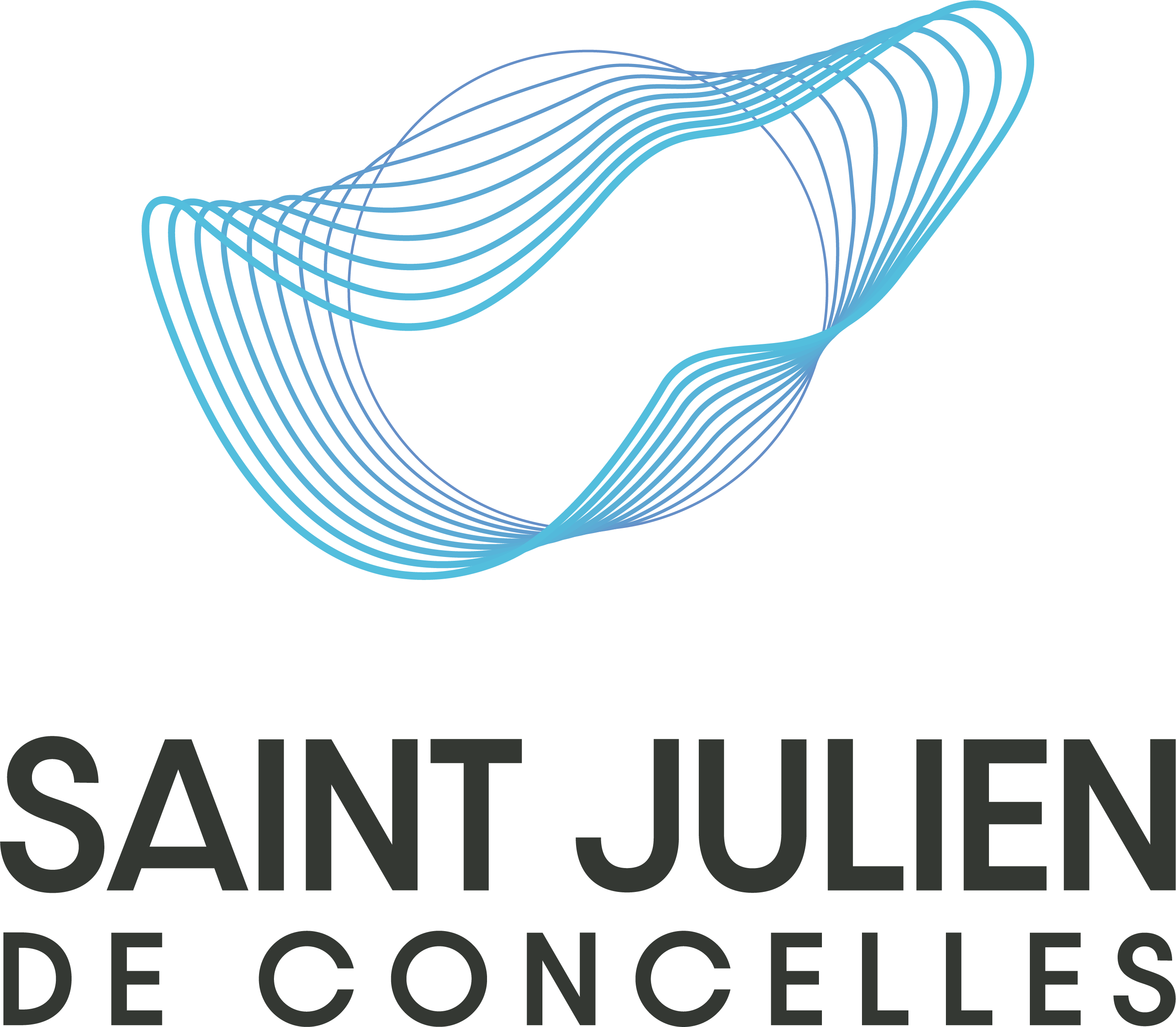
**DEMANDE D’INSCRIPTION**



**SUR LE REGISTRE NOMINATIF**

(Prévu à l’article L.121-6-1 du code de l’action sociale et des familles)

**PERSONNE (S) À INSCRIRE :**

*Bénéficiaire 1**Bénéficiaire 2*

NOM : ………………………………………………. NOM : ……………………………………………….

Prénom : ……………………………………………. Prénom : …………………………………………….

Date de Naissance : …………………………… Date de Naissance : ……………………………

Adresse : …………………………….…………………………………………………………………………………………

…………………………………..…………………………………………………... 44 450 St Julien de Concelles

Téléphone fixe : ………………………………… Téléphone portable : ……………………………

Adresse mail : ……………………………………………………………………………………………………………………..

Situation familiale : isolé □ en couple □ en famille □

***Pour mieux connaître votre situation, merci de renseigner les éléments ci-dessous :***

• Y-a-t’ il un service à domicile qui intervient chez vous ? □ OUI □ NON

Quel service ? (infirmière, portage de repas, aide-ménagère, assistante de vie ?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

• Nom de la personne (ou entreprise) qui se rend chez vous :

• N° de téléphone de la personne (ou entreprise) qui se rend chez vous :

• Etes-vous bénéficiaire de la téléassistance ? □ OUI □ NON

**PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D’URGENCE :**

Nom : ………………………………………………. Prénom : …………………………………………………………………..

Lien avec le bénéficiaire: ……………….... Téléphone fixe : ………………………………………………………..

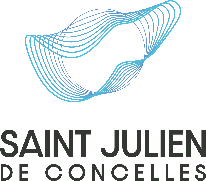
Téléphone portable : …………………….... Mail : …………………………………………………………………………

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………..



**SI LA DEMANDE EST FAITE PAR UN TIERS**

Nom : ……………………………………………………. Prénom : …………………………………………………………………

Téléphone fixe : ……………………………………… Téléphone portable : ………………………………………………

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………………………

*En qualité :*

□ Représentant légal (tuteur, curateur) □ Service d’aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile

□ Enfants □ Médecin traitant

□ Autres (préciser) : …………………………………………………………………………………………………………………………………

***Sollicite (ons) mon (notre) inscription au registre des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan d’alerte et d’urgence consécutif à une situation de risques exceptionnels, climatiques ou autres.***

*En qualité de :* *Bénéficiaire 1**Bénéficiaire 2*

Personne âgées de 65 ans et plus □ □

Personne âgées de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail □ □

Personne handicapée □ □

J’atteste (nous attestons) sur l’honneur l’exactitude des informations communiquées dans la demande.

Je suis informé(e), (nous sommes informés) :

- qu’il m’(nous) appartient de signaler aux services municipaux toute modification concernant ces informations,

afin de mettre à jour les données permettant de me (nous) contacter en cas de déclenchement du plan d’alerte et

d’urgence.

- que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de ma

part (notre part).

Fait à………………………………… , le………………………………2020

Signature(s) du ou des bénéficiaire (s ) ou du tiers :

**Ce formulaire est à retourner à :**

Mairie - CCAS - 4 Place des Heurthauds

44 450 Saint Julien de Concelles ou ccas@saintjuliendeconcelles.fr

Pour tout renseignement complémentaire, contacter le 02 40 54 10 40