



**MAIRIE 144 rue du 8 mai 1945 – Montaure 27400 TERRES DE BORD**

**FORMULAIRE POUR INSCRIPTION AU REGISTRE DES PERSONNES VULNÉRABLES  
COMMUNE DE TERRES DE BORD**

**CCAS**

|   |  |
|---|--|
| Civilité                                  | <input type="checkbox"/> Madame<br><input type="checkbox"/> Monsieur   |
| Nom                                       |  |
| Prénom                                    |  |
| Date de naissance                         |  |
| Adresse                                   |  |
| Téléphone fixe et/ou portable             |  |
| Adresse mail                              |  |
| Je sollicite l'inscription                | <input type="checkbox"/> en tant que personne en perte d'autonomie<br><input type="checkbox"/> en tant que personne atteinte de maladie chronique<br><input type="checkbox"/> en tant que personne isolée<br><input type="checkbox"/> autre :<br><input type="checkbox"/> élément particulier important à préciser : |
| Je déclare bénéficiaire de l'intervention | <input type="checkbox"/> d'un service d'aides à domicile <i>Nom / Adresse / Téléphone</i><br><br><input type="checkbox"/> d'un service de soins infirmiers à domicile <i>Nom / Adresse / Téléphone</i><br><br><input type="checkbox"/> d'aucun service d'aide à domicile   |

|  |   |
|--|---|
| Personne(s) à contacter en cas d'urgence (nom, prénom, et téléphone) |   |
| Qualité de la personne qui effectue l'inscription                    | <input type="checkbox"/> La personne concernée<br><input type="checkbox"/> Un parent<br><input type="checkbox"/> Un ami<br><input type="checkbox"/> Un professionnel de santé<br><input type="checkbox"/> Autre : |
| Si demande faite par un tiers  | <input type="checkbox"/> Nom :<br><input type="checkbox"/> Prénom :<br><input type="checkbox"/> Téléphone :<br><input type="checkbox"/> Adresse mail :  |

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

Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler au CCAS de la commune de Terres de Bord toute modification concernant ces informations, aux fins de mettre à jour les données permettant de contacter les personnes en cas de besoin.

Je suis informé(e) que cette inscription est facultative, et que la radiation du registre peut être effectuée sur simple demande de ma part.

Fait à :

Le :

Signature :