



FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE DES PERSONNES VULNÉRABLES

Date de la demande :/...../.....

Personne demandant l'inscription :

☐ démarche personnelle

☐ parent : NOM :

Prénom :

lien de parenté :

☐ professionnel : NOM :

Prénom :

Nom du service :

☐ autre, précisez :

La personne a-t-elle été informée de votre démarche ? ☐ oui ☐ non

A-t-elle donné son accord ? ☐ oui ☐ non

L'inscription est-elle demandée au titre de : ☐ personne en situation de handicap

☐ personne âgée de plus de 65 ans

☐ personne isolée

☐ personne de plus de 60 ans reconnue inapte au travail

COORDONNÉES DE LA PERSONNE A CONTACTER

NOM :Prénom :

Adresse :

44610 INDRE

Date de naissance :/...../.....

Lieu de naissance :

Téléphone fixe : _ _ _ _ _

Téléphone portable : _ _ _ _ _

mail :@.....

▪ Vous vivez : ☐ seule ☐ en couple ☐ en famille

▪ Avez-vous un ou des enfant/s ? ☐ oui ☐ non

si oui, habite/nt-il/s à Indre ? ☐ oui ☐ non

PERSONNES DE CONFIANCE

1.

NOM :Prénom :

Adresse :

Lien de parenté / qualité :

Téléphone portable : _ _ _ _ _

mail :@.....

Double des clés : ☐ oui ☐ non

Disponibilités : ☐ 24h/ 24 ☐ autre

Période d'absence :



2.

NOM : Prénom :
Adresse :
Lien de parenté / qualité :
Téléphone portable :
mail :@.....
Double des clés : ☐ oui ☐ non
Disponibilités : ☐ 24h/ 24 ☐ autre
Période d'absence :

3.

NOM : Prénom :
Adresse :
Lien de parenté / qualité :
Téléphone portable :
mail :@.....
Double des clés : ☐ oui ☐ non
Disponibilités : ☐ 24h/ 24 ☐ autre
Période d'absence :

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

NOM : Prénom :
Adresse :
Téléphone :

SERVICES INTERVENANT AU DOMICILE

NOM DU SERVICE	Coordonnées	Jour(s) d'intervention	Horaires d'intervention
Aide à domicile			
Portage de repas			
Soins infirmiers			
Autre			

TÉLÉASSISTANCE

Avez-vous souscrit un abonnement ? ☐ oui ☐ non

☐ J'atteste l'exactitude des informations communiquées sur le présent formulaire.

☐ J'autorise que les informations soient utilisées en cas de déclenchement du plan grand froid / canicule par le CCAS d'Indre et transmises à la Préfecture en cas de demande.

Les informations doivent être actualisées chaque année. Date de validité de la demande : un an.

Formulaire à retourner au Centre Communal d'Action Sociale d'Indre

➡ par retour de mail à l'adresse suivante : ccas@indre44.fr

➡ par voie postale à l'adresse suivante :

Centre Communal d'Action Sociale

51 Avenue de la Loire 44 610 INDRE

➡ à l'accueil de la Mairie d'Indre

Signature