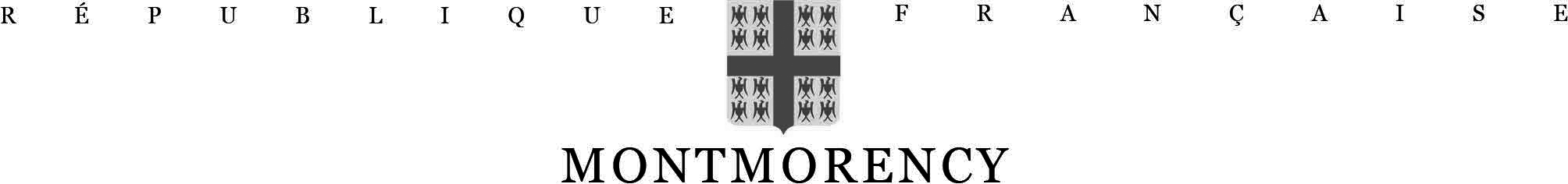
****

CENTRE COMMUNAL D’ACTION SOCIALE – Service Séniors

FICHE D‘INSCRIPTION AU REGISTRE DES PERSONNES VULNERABLES

*(POUR BéNéFICIER D’UN CONTACT EN CAS D’éVENEMENTS EXCEPTIONNELS)*

## INFORMATIONS OBLIGATOIRES

NOM: Prénom:

Date de naissance :

NOM: Prénom:

Date de naissance :

**Téléphone**(Indispensable)**:**

Vous vivez :  Seul (e)  en couple  autre(précisez).........................................

L’inscription est demandée au titre d’une :

Personne âgée  Personne en situation de handicap

ADRESSE

Type de logement :  Individuel  Collectif  Collectif avec gardien

Bâtiment : Étage : Escalier : Porte :

Code d'entrée : Code sortie :

Autre(s) information(s)

NOM DE LA PERSONNE A PRéVENIR EN CAS D‘URGENCE

Nom et prénom : Lien de parenté :

**Téléphone :**

Nom et prénom : Lien de parenté :

**Téléphone :**

Prestations à domicile dont vous bénéficiez

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| PRESTATIONS | OUI / NON | Organisme /Service | Téléphone fixe | Téléphone portable |
| Portage de repas |  |  |  |  |
| Aide ménagère |  |  |  |  |
| Téléassistance |  |  |  |  |
| Soins à domicile |  |  |  |  |
| Autre, précisez : |  |  |  |  |

Nom du médecin traitant : Téléphone :

Adresse :

Date d’absencE de votre domicile

JUIN :

JUILLET :

AOUT :

Date :  *Signature (s) de(s) l’intéressé (s) :*

Application de la loi n° 78 –17 du 6 janvier 1987, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Vous pouvez exercer votre droit d'accès à ces informations et demander leur correction si elles sont inexactes, conformément aux modalités prévues par la loi.



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Service Animation Séniors  Téléphone : 01 34 17 60 99  Fax : 01 39 64 82 41  Courriel : ccas@ville-montmorency.fr | Adresse postale  Hôtel de Ville  2, avenue Foch - BP 70101  95162 Montmorency Cedex | Accueil  17, avenue Charles de Gaulle  95160 Montmorency |