

**Personne (s) à prévenir en cas d'urgence**

Nom ..... Prénom.....

Adresse.....

Téléphone.....

Lien (parent/ami/voisin).....

Nom ..... Prénom.....

Adresse.....

Téléphone.....

Lien (parent/ami/voisin).....

Nom..... Prénom.....

Adresse.....

Téléphone.....

Lien (parent/ami/voisin).....

**Merci de nous indiquer vos prévisions d'absence pendant certains mois de l'année**

Juin.....

Juillet.....

Août.....

Septembre.....

Novembre.....

Décembre.....

Janvier.....

Février.....

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

Je suis informé (e) qu'il m'appartient de signaler aux services du Centre Communal d'Action Sociale 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 .....

Signature :

Le .....



# Centre Communal d'Action Sociale

## Formulaire de demande d'inscription sur le registre nominatif des personnes à risque

### Identité

Nom.....Prénom.....  
Né (e) le .....Lieu de naissance.....  
Adresse.....  
Téléphone.....

**Sollicite mon inscription sur le registre nominatif 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 personne âgée de 70 ans et plus  
 En qualité de personne en situation de handicap

Je suis informé (e) que cette situation est facultative et que la radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de ma part.

### Situation

Vous vivez seul(e)  en couple  en famille

**Vous recevez régulièrement de la visite**  oui  non

#### **Si oui à quelle fréquence**

- Moins d'une fois par semaine  
 Une fois par semaine  
 Deux fois ou plus par semaine

#### **Personne vous rendant visite**

- famille  
 voisins/amis

#### **Vous êtes bénéficiaire de l'intervention**

- D'un service d'aide à domicile  D'un service de portage de repas

Intitulé du service .....

Intitulé du service.....

Téléphone.....

Téléphone : .....

Jours/horaires d'intervention

Jours/horaires d'intervention :

.....

.....

.....

.....

- D'un service de soins infirmiers à domicile

- D'un service de téléalarme

Intitulé du service .....

Intitulé du service .....

Téléphone : .....

Téléphone .....