

## Recensement des personnes âgées / vulnérables /isolées

### *Demande d'inscription sur le registre nominatif confidentiel*

(Ce registre a pour finalité de permettre, en cas de nécessité, l'intervention des services sanitaires et sociaux dans les meilleures conditions des personnes les plus fragiles et les plus vulnérables.)

En prévision de périodes particulièrement difficiles pour les personnes vulnérables (fortes intempéries, canicule, épidémies...), un registre est tenu en Mairie afin de localiser au mieux les personnes les plus fragiles que ce soit par leur âge, leur handicap, ou leur isolement (loi du 30 juin 2004 relative à l'autonomie des personnes âgées et handicapées).

Je soussigné(e) :

NOM :
PRENOM :
ADRESSE :
TELEPHONE :

Sollicite mon inscription sur le registre des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence consécutif à une situation de risques exceptionnels, climatiques...

<input type="checkbox"/>	en qualité de personne âgée de 65ans et plus
<input type="checkbox"/>	en qualité de personne isolée
<input type="checkbox"/>	en qualité de personne handicapée.

*(Mettre une croix dans la case correspondant à la qualité du demandeur)*

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

Je déclare bénéficiaire :

<input type="checkbox"/>	d'un service à domicile (soins infirmiers / aide ménagère...)
<input type="checkbox"/>	d'aucun service à domicile

Coordonnées de mon entourage à prévenir en cas d'urgence :

NOM :
PRENOM :
ADRESSE :
TELEPHONE :

Date et signature

T S.V.P----- >

## Recensement des personnes âgées / vulnérables / isolées

*Demande d'un tiers pour l'inscription sur le registre nominatif confidentiel*

Je soussigné(e) :

NOM :
PRENOM :
ADRESSE :
TELEPHONE :

agissant en qualité de :

<input type="checkbox"/>	représentant légal
<input type="checkbox"/>	agissant en qualité de service à domicile ou de soins infirmiers
<input type="checkbox"/>	agissant en qualité de médecin traitant
<input type="checkbox"/>	Agissant en qualité de.....

*(Mettre une croix dans la case correspondant à la qualité du demandeur)*

Sollicite l'inscription sur le 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 de :

NOM :
PRENOM :
ADRESSE :
TELEPHONE :

<input type="checkbox"/>	en qualité de personne âgée de 65ans et plus
<input type="checkbox"/>	en qualité de personne isolée
<input type="checkbox"/>	en qualité de personne handicapée.

Cette personne bénéficie :

<input type="checkbox"/>	d'un service à domicile (soins infirmiers / aide ménagère...)
<input type="checkbox"/>	d'aucun service à domicile

Coordonnées de l'entourage à prévenir en cas d'urgence :

NOM
PRENOM :
ADRESSE :
TELEPHONE :

Date et signature :