



FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU REGISTRE NOMINATIF COMMUNAL

(utilisé en cas d'activation de plan d'alerte)

A retourner à l'adresse suivante :

Mairie des Rairies - 14, rue Charles de Gaulle - 49430 Les Rairies ou par mail : accueil@lesrairies-49.fr

Cette inscription n'a aucun caractère obligatoire et les données qui seront transmises resteront confidentielles. A tout moment, les informations transmises peuvent être rectifiées ou effacées sur demande de la personne concernée.

IDENTITE

Nom Prénom

Date de naissance

Adresse

Téléphone

Qualité au titre de laquelle la personne est inscrite :

- personne âgée de plus de 65 ans, résidant à domicile
 personne âgée de plus de 65 ans mais reconnue inapte au travail, résidant à domicile
 personne adulte handicapée : bénéficiaire de l'APA non bénéficiaire de l'APA

Demande effectuée par :

- la personne concernée,
 son représentant légal,
 son fils, sa fille,

autre, précisez le nom du demandeur

la qualité

MEDECIN TRAITANT

Nom Prénom

Adresse

Téléphone

Si mon médecin traitant est absent pour raison de congés ou autre, je consulterai un autre médecin aux coordonnées suivantes :

Nom Prénom

Adresse

Téléphone

SITUATION DE SANTE

Je bénéficie du service « téléalarme » :

oui non mais je souhaite une documentation

Je bénéficie d'un service à domicile (aide-ménagère, infirmière, ...)

oui, précisez lequel non

Je suis un traitement contre la(les) maladie(s) suivante(s) :

PERSONNES A PREVENIR EN CAS DE BESOIN (FAMILLE, AMIS, VOISINS)

1ère personne - lien de parenté

Nom Prénom

Adresse

Téléphone privé

Téléphone portable

Téléphone professionnel

2ème personne - lien de parenté

Nom Prénom

Adresse

Téléphone privé

Téléphone portable

Téléphone professionnel

Fait à le

Signature