



## Formulaire de demande d'inscription au registre des personnes vulnérables

### COORDONNEES DE LA PERSONNE A INSCRIRE

Nom, prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse complète (n° de rue, n° de bâtiment, n° d'appartement...) :

.....  
.....

Téléphone fixe (préciser si liste rouge et téléphone portable)

.....  
.....

### QUALITE AU TITRE DE LAQUELLE LA PERSONNE EST INSCRITE :

Personne âgée de plus de 65 ans

Personne âgée de plus de 60 ans reconnue inapte au travail

Personne adulte handicapée

Bénéficiaire de l'APA

Non bénéficiaire de l'APA

### DEMANDE EFFECTUEE PAR :

La personne concernée,

Son représentant légal,

Son fils, sa fille,

Autre, précisez le nom du demandeur ET sa qualité

### MEDECIN TRAITANT

Nom, prénom : .....

Adresse complète : .....

.....

Téléphone fixe .....

Traitement particulier OUI NON

### SERVICE A DOMICILE

OUI préciser lequel et ses coordonnées

Adresse .....

Téléphone .....

NON

.../...

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

**1ère personne -  
Lien de parenté**

Nom, prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse complète : .....  
.....  
Téléphone fixe .....  
Téléphone portable .....  
Téléphone professionnel .....

**2ème personne -  
Lien de parenté**

Nom, prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse complète : .....  
.....  
Téléphone fixe .....  
Téléphone portable .....  
Téléphone professionnel .....

Je déclare avoir été informé(e) que l'inscription est volontaire et que je peux demander à tout moment d'être rayé du registre des personnes vulnérables.

A ETAIN,

Le

Signature