



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