

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF PAR LA PERSONNE ELLE-MÊME

Prévu à l'article I. 121-6-1 du code de l'action sociale et des familles

>>> IDENTIFICATION DU DECLARANT

(Les réponses à cette rubrique permettant l'identification du déclarant sont obligatoires)

Je soussigné(e)

NOM : _____ PRENOMS : _____

NE(E) LE : _____ à : _____

ADRESSE : _____

TELEPHONE : _____

ADRESSE MAIL : _____

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 ou autres.

- en qualité de personne âgée de 65 ans et plus
- en qualité de personne handicapée
- en qualité de personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail
- en qualité de personne isolée à domicile

Je suis informée que **cette inscription est facultative** et que **ma radiation peut être effectuée à tout moment** sur simple demande de ma part.

>>> INTERVENTION A DOMICILE

(Les réponses sont facultatives)

Je déclare bénéficiaire de l'intervention :

- d'un service d'aide à domicile

Nom du service : _____

Adresse / téléphone : _____

- d'un service de soins infirmiers à domicile, HAD

Nom du service : _____

Adresse / téléphone : _____

- d'un autre service (téléalarme, portage de repas, etc...)

- d'un autre service à domicile

Nom du médecin traitant : _____

Adresse / téléphone : _____

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF PAR UN TIERS

Prévu à l'article I. 121-6-1 du code de l'action sociale et des familles

>>> IDENTIFICATION DU DECLARANT

(Les réponses à cette rubrique permettant l'identification du déclarant sont obligatoires)

NOM : _____ PRENOMS : _____

Agissant en qualité de

- représentant légal
 service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile
 médecin traitant
 autre : _____ (préciser)

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 : _____ PRENOMS : _____

NE(E) LE : _____ à : _____

ADRESSE : _____

TELEPHONE : _____

ADRESSE MAIL : _____

- en qualité de personne âgée de 65 ans et plus
 en qualité de personne handicapée
 en qualité de personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail
 en qualité de personne isolée à domicile

>>> INTERVENTION A DOMICILE

(Les réponses sont facultatives)

M/Mme _____ bénéficie de l'intervention

- d'un service d'aide à domicile

Nom du service : _____

Adresse / téléphone : _____

- d'un service de soins infirmiers à domicile, HAD

Nom du service : _____

Adresse / téléphone : _____

- d'aucun service à domicile

Nom du médecin traitant : _____

Adresse / téléphone : _____