

DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF

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

PERSONNE (S) À INSCRIRE :

Bénéficiaire 1

Bénéficiaire 2

NOM :

NOM :

Prénom :

Prénom :

Date de Naissance :

Date de Naissance :

Adresse :

.....

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Adresse mail :

Situation familiale : isolé en couple en famille

Pour mieux connaître votre situation, merci de renseigner les éléments ci-dessous :

• Y-a-t' il un service à domicile qui intervient chez vous ? OUI NON

Quel service ? (infirmière, portage de repas, aide-ménagère, assistante de vie ?

.....

• Nom de la personne (ou entreprise) qui se rend chez vous :

• N° de téléphone de la personne (ou entreprise) qui se rend chez vous :

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE :

Nom :

Prénom :

Lien avec le bénéficiaire:

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Mail :

Adresse :

.....

SI LA DEMANDE EST FAITE PAR UN TIERS

Nom : Prénom :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse :

En qualité :

Représentant légal (tuteur, curateur) Service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile

Enfants Médecin traitant

Autres (préciser) :

Sollicite (ons) mon (notre) inscription au 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 :

Bénéficiaire 1

Bénéficiaire 2

Personne âgées de 65 ans et plus

Personne âgées de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail

Personne handicapée

J'atteste (nous attestons) sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la demande.

Je suis informé(e), (nous sommes informés) :

- qu'il m'(nous) appartient de signaler aux services municipaux toute modification concernant ces informations, afin de mettre à jour les données permettant de me (nous) contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.

- que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de ma part (notre part).

Fait à..... , le.....

Signature(s) du ou des bénéficiaire (s) ou du tiers :

Ce formulaire est à retourner à :

Mairie de Chaumes-en-Retz

1 rue de Pornic, Arthon en Retz 44320 CHAUMES-EN-RETZ

ou par mail : ccas@chaumesenretz.fr ou mairieannexe@chaumesenretz.fr

Pour tout renseignement complémentaire, contacter le 02 40 21 30 11