



FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF
prévu à l'article L. 121-6-1 du code de l'action sociale et des familles

BULLETIN D'INSCRIPTION 2021

À retourner à l'accueil de la Mairie de Loupian

1- IDENTIFICATION DE LA PERSONNE À INSCRIRE :

M. M^{me}
NOM : PRÉNOM(S)
NÉ(E) LE : \ \ à
ADRESSE :
.....
TÉLÉPHONE :

SITUATION FAMILIALE : isolé(e) couple en famille

Je demande mon inscription :

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

Je suis informé(e) que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de ma part.

2- RÉFÉRENCES DU SERVICE MÉDICAL OU SOCIAL INTERVENANT A VOTRE DOMICILE OU EN CONTACT AVEC VOUS

Je déclare bénéficier de l'intervention :

- d'un service d'aide à domicile

Nom du service :

Adresse:

Téléphone :

- d'un service de soins infirmiers à domicile

Nom du service :

Adresse:

Téléphone :

- d'un autre service

Nom du service :

Adresse :

Téléphone :

- d'aucun service à domicile

3- PERSONNES DE VOTRE ENTOURAGE A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

1/ NOM / Prénom(s) :

Adresse :

Téléphone :

2/ NOM / Prénom(s) :

Adresse :

Téléphone :

4- ABSENCES PRÉVUES DURANT LA PÉRIODE ESTIVALE :

Du : au :

Du : au :

Du : au :

Absences non prévues à ce jour. Pour tout changement, veuillez nous en informer au 04 67 43 72 50 ou au 04 67 43 82 07

5- SI LE BULLETIN EST REMPLI POUR LE BÉNÉFICIAIRE PAR UN TIERS, VEUILLEZ PRÉCISER VOS COORDONNÉES :

M.

Mme

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Agissant en qualité de :

Représentant légal

Service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile

Médecin traitant

Autre :(merci de le préciser)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande.

ATTENTION : Je suis informé(e) :

- que cette inscription ne concerne que les personnes vulnérables du fait de leur isolement
- que cette inscription est facultative et qu'une demande de radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande.
- qu'il m'appartient de signaler aux services municipaux toute modification concernant ces informations, aux fins de mettre à jour les données permettant de me contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.

Fait à, le

Signature obligatoire

Les informations communiquées ont pour seul objet le plan d'alerte et d'urgence départemental. Elles restent confidentielles et sont destinées exclusivement à l'usage du Centre Communal d'Action Sociale de Loupian, responsable de leur traitement.