



## Formulaire de demande d'inscription au registre des personnes fragiles et isolées

L'inscription des personnes isolées les plus vulnérables (*personnes âgées, personnes adultes handicapées*), domiciliées sur la commune de Penchard, est souhaitable afin de pouvoir leur apporter conseils et assistance en cas d'événements exceptionnels (*canicule, grands froids, épidémies, etc.*).

Pour vous-même ou l'un de vos proches, vous pouvez contribuer à ce geste de prévention et de solidarité citoyenne en complétant ce document.

Par la présente, je souhaite m'inscrire ou faire inscrire un proche au registre des personnes vulnérables à contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence consécutif à une situation de risques exceptionnels, climatiques ou autre.

**Vous pouvez demander une  
inscription plus rapidement en  
téléphonant directement au**

**01 64 34 10 86**

**Formulaire à retourner au  
CCAS - Mairie de Penchard  
1 Place de la mairie  
77124 PENCHARD  
Tél. : 01.64.34.10.86**

### Personne à inscrire :

Nom marital : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Adresse : .....

### Téléphone(s) obligatoire(s) :

Domicile : ..... Portable : .....

Vit :  seul(e)  en couple

autre, précisez : .....

### Qualité de la personne à inscrire :

Personnes âgée de 65 ans et plus

Personne reconnue inapte au travail de plus de 60 ans

Personne adulte handicapée

Inscription faite en mon nom propre Inscription faite par un tiers

Nom : ..... Prénom : .....

**Agissant en qualité de :** Représentant légal Service d'aide à domicile Voisin Médecin  Service de soins infirmiers Autre : précisez : .....**Absences prévues:**

Du ..... au .....

Du ..... au .....

 Absence non prévue à ce jour (*n'hésitez pas à contacter le CCAS pour transmettre vos dates au 01 64 34 10 86*)**Personne référente (famille, amis, voisins...) :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

**Téléphone(s) obligatoire(s) :**

Domicile : ..... Portable : .....

**Informations diverses :**

Nom du médecin traitant : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

**Service d'aide à domicile ou soins à domicile et/ou autre :**

Intitulé du service : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

**Recevez-vous des visites à domicile :** Tous les jours Une fois par semaine Plusieurs fois par semaine Moins souventVous sentez-vous isolé(e) :  oui  non

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées.

Fait à ....., le .....

*Signature obligatoire des personnes  
inscrites au registre.**Signatures*