



FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF

A REMETTRE AU CCAS

Date d'inscription : _____
N° Inscription : _____

PERSONNE CONCERNEE PAR LA DEMANDE

NOM et Prénom : _____

NÉ(E) LE : _____ à _____

ADRESSE : _____ / 84360 LAURIS

TÉLÉPHONE : _____

- 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**

COORDONNEES DES INTERVENANTS A VOTRE DOMICILE

- service **d'aide à domicile** / intitulé du service : _____
adresse / téléphone : _____
- service de **soins infirmiers à domicile** / intitulé du service : _____
adresse / téléphone : _____
- autre service** / intitulé du service : _____
adresse / téléphone : _____
- aucun service** à domicile

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

1. NOM / Prénoms : _____
ADRESSE / téléphone : _____
2. NOM / Prénoms : _____
ADRESSE / téléphone : _____

REMARQUES PARTICULIERE

(Personnes Isolées – Handicapées – Bénéficiant de la Télésistance)

Nom et Prénom du demandeur : _____

- Personne concernée par l'inscription
- Autre personne : préciser le lien de Parenté : _____

Fait à _____, le _____/20____
Signature :