

FORMULAIRE D'INSCRIPTION
REGISTRE DES PERSONNES VULNÉRABLES 2023

| | |
|--|--|
| Nom Prénom : | Adresse : |
| Date de naissance : / / | |
| Téléphone 1 : | |
| Téléphone 2 : | |

① Vivez-vous seul(e) ? OUI NON

② Avez-vous des appels réguliers de vos proches ? OUI NON

③ Bénéficiez-vous de :

- Portage de repas OUI NON
- Télé alarme OUI NON

④ MERCI DE NOUS PRÉCISER SI VOUS DEVEZVOUS ABSETER DE VOTRE DOMICILE :

Juin du au **2023**
Juillet du au **2023**
Août du au **2023**

| | | |
|--|---|---|
| ⑤ FICHE CONTACTS PERSONNE(S) À CONTACTER EN CAS D'URGENCE Nom Prénom : Nature de l'aidant : Téléphone 1 : Téléphone 2 : | ENFANT À PREVENIR (Si différent de la personne à contacter en cas d'urgence) Nom Prénom : Téléphone 1 : Téléphone 2 : | SERVICE À DOMICILE / INFIRMIER(E) Nom de l'association : Téléphone : Nom infirmier(e) : Téléphone : Jour(s) d'intervention L <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> |
| | SERVICE OBLIGATAIRE (Tuteur – Curateur – Mandataire) Nom ou organisme : Téléphone : | MEDECIN TRAITANT Nom médecin : Téléphone : |

Sollicite mon inscription sur le registre nominatif détenu en Mairie.

(La démarche peut être effectuée également par un représentant légal, une tierce personne physique ou morale).

Je m'engage à informer Monsieur le Maire de tout changement dans ma situation, notamment en cas de changement d'adresse.

Je reconnais avoir été informé (e) de l'existence d'un droit d'accès et de rectification aux informations me concernant, contenues dans le registre.

Fait à

Le

Signature

MERCI DE RETOURNER CE FORMULAIRE POUR INSCRIPTION SUR REGISTRE DES PERSONNES VULNERABLES 2023 DE LA COMMUNE DE CHOMERAC

Par mail : mairie@chomerac.fr par courrier ou directement à l'accueil de la mairie