

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

REGISTRE COMMUNAL DES PERSONNES VULNERABLES

VOUS AVEZ :

- ☐ Personne âgée de 65 ans et plus
- ☐ Personne âgée de plus de 60 ans reconnue inapte au travail
- ☐ Personne de moins de 65 ans en situation de handicap
- ☐ Personne isolée
- ☐ Autre : _____

COORDONNEES

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Adresse e-mail : _____

VOTRE ENTOURAGE (famille, amis, voisin, personne de confiance)

Nom et prénom : _____ Lien avec la personne : _____
Téléphone : _____ Adresse : _____

Nom et prénom : _____ Lien avec la personne : _____
Téléphone : _____ Adresse : _____

Nom et prénom : _____ Lien avec la personne : _____
Téléphone : _____ Adresse : _____

INTERVENANT A DOMICILE

Cabinet infirmier, aide à domicile, Kinésithérapeute, portage de repas, tuteur ...)

Nom et prénom : _____ Qualité : _____
Téléphone : _____ Adresse : _____

Nom et prénom : _____ Qualité : _____
Téléphone : _____ Adresse : _____

Nom et prénom : _____ Qualité : _____
Téléphone : _____ Adresse : _____

Médecin traitant

Nom : _____ Cabinet : _____
Téléphone : _____

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

☐ Téléassistance

Si oui, organisme : _____

☐ Peut sortir seul(e)

☐ Ne peut pas sortir seul(e)

☐ Animal de compagnie

☐ Véhicule personnel

Autres informations utiles :

TIERS DEMANDEUR (si l'inscription est demandée par une autre personne)

Nom : _____ Prénom : _____ Lien : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____ Adresse e-mail : _____

Consentement

Je demande mon inscription (ou celle de la personne désignée ci-dessus) sur le registre communal des personnes vulnérables tenu par le CCAS de Pleuven.

Date : ____ / ____ / ____

Signature :

Merci de nous faire parvenir ce formulaire :

Mairie de Pleuven – CCAS - 24 Le Bourg 29170 PLEUVEN

Ou par courriel à : **ccas@pleuven.bzh** Pour toute information, vous pouvez contacter la mairie au **02 98 54 60 50**.