



DEMANDE D'INSCRIPTION REGISTRE DES PERSONNES FRAGILES ISOLEES

Document confidentiel

A remplir soit :

- par la personne âgée ou la personne adulte handicapée
- par son représentant légal
- par un parent ou un proche (voisin, ami, médecin...)

Et à adresser au :

Centre Communal d'Action Sociale
28 avenue d'Armorique
35830 BETTON

L'INSCRIPTION CONCERNE

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Téléphone : Portable :

Situation de famille : isolé(e) couple en famille

En qualité de : pers. + 65 ans pers + 60 ans inapte au travail adulte handicapé

Médecin traitant : Téléphone :

PERSONNES A PREVENIR

(Renseignements obligatoires)

NOM et Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Portable :

NOM et Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Portable :

SERVICES INTERVENANT A DOMICILE

(préciser le nom de l'organisme)

Aide à domicile :

Portage de repas :

Soins à domicile :

DEMANDE REMPLIE PAR

L'intéressé(e) Un tiers

Si tiers, précisez : Nom-prénom : Tél :

Qualité :

DATE :

SIGNATURE :