

REGISTRE COMMUNAL

des personnes vulnérables

Formulaire individuel d'inscription



Le registre des personnes vulnérables recense les personnes âgées de plus de 65 ans ou les personnes de plus de 60 ans en situation de handicap, se sentant isolées et fragiles et vivant à leur domicile. Il permet au Centre Communal d'Action Sociale de prendre contact avec elles afin de s'assurer de leur bonne santé, et de leur rappeler les consignes sanitaires d'usage pendant les épisodes de canicule, de grand froid ou en cas de crise sanitaire. Cette demande d'inscription sur le registre peut être remplie par le bénéficiaire ou par un tiers via ce formulaire ou en se rapprochant du Centre Communal d'Action Sociale.

<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur		
Nom <input type="text"/>	Prénom <input type="text"/>		
Age <input type="text"/>	Né(e) le <input type="text"/>		
Adresse <input type="text"/>			
Bâtiment <input type="text"/>	Etage <input type="text"/>	Porte <input type="text"/>	Code <input type="text"/>
Tél (domicile) <input type="text"/>	Tél (mobile) <input type="text"/>		
Email <input type="text"/>			

- Personne âgée de 60 ans et plus
- Adulte en situation de handicap

Coordonnées de votre médecin traitant et des personnes intervenants régulièrement à votre domicile et horaires de présence.

	Nom	Téléphone	Adresse	Horaire
Médecin	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aide à domicile	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aide soignante	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Infirmière	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre (précisez)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Questionnaire complémentaire et confidentiel

Vivez-vous seul ?	Faites-vous vos achats alimentaires vous-même ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Recevez-vous régulièrement de la visite ?	Disposez-vous d'un dispositif de téléalarme ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Coordonnées des personnes à contacter en cas d'urgence

Contact n°1 (précisez votre lien : famille, amis, voisin) <input type="text"/>	Contact n°2 (précisez votre lien : famille, amis, voisin) <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
Nom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>
Adresse : <input type="text"/>	Adresse : <input type="text"/>
Tél (domicile) : <input type="text"/>	Tél (domicile) : <input type="text"/>
Tél (portable) : <input type="text"/>	Tél (portable) : <input type="text"/>
Période d'absence : <input type="text"/>	Période d'absence : <input type="text"/>