



REGISTRE COMMUNAL DES PERSONNES VULNÉRABLES

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Merci de bien vouloir compléter et adresser ce formulaire à la Mairie de MONTAGNAC-MONTPEZAT
1 Place de l'Horloge
mairie@mairie-montagnac-montpezat.fr

◆ PERSONNE CONCERNÉE PAR LA DEMANDE :

Madame Monsieur

NOM :
PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE : / /
SITUATION : seul(e) en couple n'a pas de famille à proximité
ADRESSE :
TEL. FIXE :
TEL. PORTABLE : EMAIL :
MÉDECIN TRAITANT :

◆ L'INSCRIPTION EST DEMANDÉE EN TANT QUE :

- Personne de 65 ans et plus
- Personne souffrante de pathologie(s) cardiaque(s) et/ou respiratoire(s)
- Personne en situation de handicap
- Personne en situation d'isolement

◆ COORDONNÉES DES SERVICES INTERVENANT A DOMICILE :

- Téléalarme / Téléassistance - Nom / téléphone :
- Soins à domicile - Nom / téléphone :
- Aide-ménagère à domicile - Nom / téléphone :
- Portage de repas à domicile - Nom / téléphone :
- Autre - Nom / téléphone :

◆ PERSONNE(S) A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM PRÉNOM
ADRESSE :
TEL FIXE : TEL PORTABLE
LIEN AVEC LA PERSONNE CONCERNÉE PAR LA DEMANDE :

NOM PRÉNOM
ADRESSE :
TEL FIXE : TEL PORTABLE
LIEN AVEC LA PERSONNE CONCERNÉE PAR LA DEMANDE :

◆ SI VOUS DEMANDEZ L'INSCRIPTION EN QUALITÉ DE TIERCE PERSONNE :

NOM PRÉNOM
ADRESSE :
TEL FIXE : TEL PORTABLE
DEMANDE EN QUALITÉ DE :

DATE ET SIGNATURE :