



FORMULAIRE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF
prévu à l'article L. 121-6-1 du code de l'action sociale et des familles
FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Bulletin à remplir en LETTRES MAJUSCULES soit :

- Par la personne âgée ou handicapée,
- Par un tiers (représentant légal, intervenant médico-social, entourage, parent, ami)

Et à retourner au : CCAS DE CHAPONOST
(Complété et signé) 55-57 avenue Paul Doumer
69630 Chaponost

1 - IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom _____ **Prénom** _____

Né(e) le _____ à _____

Adresse _____

Téléphone _____

Isolé(e) En couple En famille

Je sollicite mon inscription sur le registre des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence consécutif à une situation de risques exceptionnels, climatiques ou autres.

Je demande mon inscription en qualité de :

- Personne âgée de 75 ans ou plus
- Personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail
- Personne handicapée

Je suis informé(e) que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de ma part.

2 - REFERENCES DU SERVICE MEDICAL OU SOCIAL INTERVENANT A VOTRE DOMICILE OU EN CONTACT AVEC VOUS

Je déclare bénéficiaire de l'intervention :

- D'un service d'aide à domicile
Intitulé du service _____
Adresse _____
Téléphone _____
- D'un service de soins infirmiers à domicile
Intitulé du service _____
Adresse _____
Téléphone _____
- D'aucun service à domicile



3 - PERSONNES DE VOTRE ENTOURAGE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Téléphone _____

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Téléphone _____

4 - MENTION DE VOS PERIODES D'ABSENCE ENTRE JUIN ET AOUT

IMPORTANT – veuillez préciser les dates de vos absences prévues entre la date de votre inscription sur le registre et le 31 août de l'année en cours. Si ces dates changent, merci de les signaler en appelant le CCAS au 04.78.24.57.39

Absences en juin _____

Absences en juillet _____

Absences en août _____

5 - SI LE BULLETIN EST REMPLI POUR LE BENEFICIAIRE PAR UN TIERS, VEUILLEZ PRECISER VOS COORDONNEES

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Téléphone _____

Agissant en qualité de :

- Représentant légal
 Service d'aide à domicile ou service soins infirmiers à domicile
 Médecin traitant
 Autre (à préciser) _____

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande.

Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler aux services municipaux toute modification concernant ces informations, aux fin de mettre à jour les données permettant de me contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.

- Dans le cadre du plan de sécurité et de prévention mis en place par la commune de Chaponost, j'accepte que mes coordonnées (nom et adresse) soient également transmises à la Police Municipale pour permettre la visite des policiers municipaux à mon domicile pendant la période estivale.*

Fait à _____ Le _____

Signature