



FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF

Conformément aux articles L. 2212-2 et L. 2212-4 du Code Général des Collectivités Territoriales (CGCT)

Conformément à l'article R. 121-3 du Code de l'Action sociale et des familles

BULLETIN 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 par courrier au : CCAS DE SAINT THIBAUT DES VIGNES

Place de l'Eglise

77400 SAINT THIBAUT DES VIGNES

① IDENTIFICATION DE LA BÉNÉFICIAIRE

M. ☐

MME ☐

NOM : PRENOM :

NÉ (E) LE : A

ADRESSE :

.....

TELEPHONE :

SITUATION FAMILIALE : Isolé (e) ☐ 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 65 ans et plus

☐ En qualité de personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail

☐ En qualité de personne handicapée

Je suis informée 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 MÉDICAL OU SOCIAL INTERVENANT

A VOTRE DOMICILE OU EN CONTACT AVEC VOUS

Je déclare bénéficier de l'intervention :

☐ D'un service d'aide à domicile

Intitulé du service : téléphone :

Adresse :

☐ D'un autre service :

Intitulé du service : téléphone :

Adresse :

☐ D'aucun service à domicile

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

① NOM/ PRENOM :

ADRESSE :

TELEPHONE :

② NOM/PRENOM :

ADRESSE :

TELEPHONE :

④ MENTION DE VOS PERIODES D'ABSENCE ENTRE JUIN ET AOUT 2025

Important - veuillez préciser les dates de vos absences prévues entre la date de votre inscription sur le registre et le 31 août (si les dates changent, nous vous remercions de nous le signaler en appelant le CCAS au 01.60.31.73.04)

→ Absences en juin :

→ Absences en juillet :

→ Absences en aout :

⑤ SI LE BULLETIN EST REMPLI POUR LE BENEFICIAIRE PAR UN TIERS, VEUILLEZ PRECISER VOS COORDONNÉES :

M. ☐

MME ☐

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

TELEPHONE :

Agissant en qualité de :

☐ Représentant légal

☐ Service d'aide à domicile

☐ Médecin traitant

☐ Autre

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 fins de mettre à jour les données permettant de me contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.

Fait à

Le

Signature obligatoire