

(obligatoire)

Adresse précise : .....

Conditions de vie : ☐ seule ☐ en couple ☐ en famille

☐ Personne âgée de plus de 65 ans

☐ Personne âgée de 60 ans et plus, reconnue inapte au travail

☐ Adulte handicapé

☐ **demande à être inscrit(e) sur le registre afin que je puisse être assisté(e) en cas de plan d'alerte et d'urgence**

☐ **demande à être réinscrit sur le registre**

☐ **demande à être radié(e) du registre**

**motif :** .....

Etes-vous suivi par le Service Social Personnes Agées du CCAS : Oui ☐ Non ☐

Etes-vous bénéficiaire de l'Allocation Personnalisée Autonomie: Oui ☐ Non ☐

Etes-vous suivi par le Service Social du Département : Oui ☐ Non ☐

Bénéficiez-vous d'un service d'Aide à domicile :

☐ si Oui, lequel : ..... ☐ Non

Bénéficiez-vous d'un service de Téléalarme :

☐ si Oui, lequel : ..... ☐ Non

Bénéficiez-vous d'un service de portage de repas:

☐ si Oui, lequel : ..... ☐ Non

### Personnes à prévenir en cas d'urgence :

1-Nom-Prénom : .....

2-Nom-Prénom.....

lien avec la personne :

lien avec la personne :

tél : \_ \_ \_ \_ \_

tél : \_ \_ \_ \_ \_

Bulletin rempli par :

☐ L'intéressé(e)

☐ Tierce personne (préciser ci-dessous)

Nom : .....

Prénom : .....

Lien avec la personne : .....

Date : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Signature :