



## Formulaire de demande d'inscription sur le Registre communal des personnes vulnérables

*prévu à l'article L 121-6-1 du code de l'action sociale et des familles*

Ce registre a pour finalité exclusive de permettre l'intervention ciblée des services sanitaires et sociaux en cas d'activation d'un plan d'alerte et d'urgence par le Préfet.

**Je soussigné(e),**

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <b>Nom Prénom :</b>                |   |
| <b>Date de naissance :</b>         |   |
| <b>Adresse :</b>                   |   |
| <b>Téléphone</b> fixe / portable : | / |

**Vivant à domicile :**       seul(e)       en couple       en famille

**Demande à être inscrit(e) sur le registre en qualité de :**

- Personne âgée de plus de 65 ans
- Personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail
- Personne adulte en situation de handicap

**Je bénéficie de l'intervention (cochez la ou les cases correspondant à votre situation):**

- D'un service d'aide à domicile :

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Nom du service</b>    |  |
| <b>Ville / Téléphone</b> |  |

- D'un service de soins infirmiers à domicile :

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Nom du service</b>    |  |
| <b>Ville / Téléphone</b> |  |

- D'un autre service (téléassistance, portage de repas ....) :

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Nom du service</b>    |  |
| <b>Ville / Téléphone</b> |  |

- D'aucun service à domicile

**Coordonnées du médecin traitant :**

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Nom</b>               |  |
| <b>Ville / Téléphone</b> |  |

**Coordonnées des personnes à prévenir en cas d'urgence :**

| <b>Nom Prénom</b> | <b>Lien avec la personne</b> | <b>Téléphone</b> |
|-------------------|------------------------------|------------------|
|                   |                              |                  |
|                   |                              |                  |

**Demande d'inscription (si la demande est faite par un tiers)**

NOM, Prénom : .....agissant en qualité de :

- Représentant légal (tuteur, curateur)                       Enfant  
 Service d'aide à domicile                                       Médecin traitant  
 Autres (préciser) :

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

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 ;
- qu'il m'appartient de signaler en mairie 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 par le Préfet ;
- que les informations me concernant sont destinées exclusivement au registre communal des personnes vulnérables.

Fait à ....., le...../...../.....

Signature du bénéficiaire (ou du tiers)

**CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE ADRESSÉ À :**  
**Mairie - 4 rue de la Fontaine Haute 43000 CEYSSAC**  
Email : ceyssac.mairie@orange.fr Tel : 04 71 02 42 86

**Un accusé de réception vous sera adressé sous huit jours**