



FORMULAIRE D'INSCRIPTION REGISTRE NOMINATIF PLAN CANICULE

CENTRE COMMUNAL
D'ACTION SOCIALE

Coordonnées de la personne :

NOM :

PRENOM :

Date de naissance : / / à

Adresse :

Bâtiment : Entrée : Etage :

Code Postal : Ville :

Téléphone domicile : Portable :

Qualité : Personne âgée de plus de 65 ans

Personne adulte handicapée

Personne de plus de 60 ans et reconnue inapte au travail

Coordonnées de la personne à joindre en cas d'urgence :

NOM et Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

Coordonnées du médecin traitant :

NOM et Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

Coordonnées du service intervenant à domicile (aide-ménagère, service de soins...) :

NOM et Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

Nom et qualité de la personne ayant fait la demande :

L'intéressé(e) **Autre**

Si autre, précisez :

NOM et Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

Lien avec la personne concernée :

Fait à :, le

Signature :