



MAIRIE DE VILLENEUVE DE MARC

Centre Communal d'Action Sociale

Formulaire de demande d'inscription au Registre des personnes vulnérables

Date de la demande :

Réservé	Enregistrement	Modification	Effacement

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance lieu de naissance :

Adresse :

N° et voie :

C.P. : **38440** Ville : **VILLENEUVE DE MARC** Etage : N° appartement :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Mail :

Qualité au titre de laquelle la demande d'inscription est formulée :

- ☐ Toute personne handicapée reconnue et résidant à son domicile
- ☐ Personne âgée de plus de 65 ans
- ☐ Personne âgée de plus de 60 ans reconnue inaptes au travail

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom.....
Adresse.....
Téléphone fixe..... Tél portable
Nom.....
Adresse.....
Téléphone fixe..... Tél portable

Nom..... Adresse..... Téléphone fixe..... Tél portable
Nom..... Adresse..... Téléphone fixe..... Tél portable

Coordonnées du (des) service(s) intervenant à domicile :

Nom..... Adresse..... Téléphone fixe..... Tél portable
Nom..... Adresse..... Téléphone fixe..... Tél portable
Nom..... Adresse..... Téléphone fixe..... Tél portable
Nom..... Adresse..... Téléphone fixe..... Tél portable

Médecin traitant (*facultatif*).....

Nom et qualité de la tierce personne effectuant la demande :

.....

.....

Je sollicite mon inscription (ou l'inscription d'un tiers) au registre des personnes vulnérables tel que défini aux articles L116-3, L121-6-1 et R121-2 et suivants du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Je certifie l'exactitude des renseignements communiqués.

Signature du demandeur :

Formulaire à retourner ou à déposer à :
MAIRIE, 70 Rue du Village, 38440 VILLENEUVE DE MARC