

INSCRIPTION SUR LE REGISTRE COMMUNAL " V NEMENTS CLIMATIQUES & SANITAIRES" (canicule, grand froid, inondation, pand mie...)

VOTRE IDENTIT

Nom :

Prnom :

Date de naissance :

Adresse :

CP et ville :

Tél. fixe :

Portable :

M DECIN TRAITANT

Nom :

CP et Ville :

Tl. :

PERSONNE PR VENIR EN CAS D'URGENCE

Nom :

Prnom :

Qualit :

Adresse :

CP et Ville :

Tl. :

VOTRE SITUATION

- Mari(e) En couple Spar(e)
 Veuf(ve) Clibataire

Vous tes :

- Une personne ge de plus de 65 ans
rsidant domicile
 Une personne ge de plus de 60 ans reconnue
inapte au travail rsidant domicile
 Une personne en situation de handicap
bénéficiant de l'AAH, de l'allocation compensatrice,
d'une carte ou d'une pension d'invalidité,
rsidant domicile

**Un service d'aide la personne
(association, portage de repas, aide mnagre...)
intervient-il votre domicile ?**

- Oui Non

Nom :

Tl. :

Nom :

Tl. :

PERSONNE PR VENIR EN CAS D'URGENCE

Nom :

Prnom :

Qualit :

Adresse :

CP et Ville :

Tl. :

Date

Signature