

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF

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

Bulletin d'inscription 2025

A retourner à l'accueil de la mairie

1. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE A INSCRIRE

Monsieur ☐

Madame ☐

Nom : Prénom :

Née le : à

Adresse :
.....

Téléphone :

Situation familiale : isolée ☐ couple ☐ en famille ☐

Je demande mon inscription

☐ En qualité de personne âgée de 65 ans ou plus

☐ En qualité de personne âgée de 60 ans, reconnue inapte au travail

☐ En qualité de personne handicapée

Je suis informée que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de ma part.

2. SERVICE MÉDICAL OU SOCIAL INTERVENANT A VOTRE DOMICILE OU EN CONTACT AVEC VOUS

Je déclare bénéficier de l'intervention :

☐ D'un service d'aide à domicile ou aide à domicile en gré à gré

Nom du service :

Adresse :

Téléphone :

☐ D'un service de soins infirmiers à domicile

Nom du service :

Adresse :

Téléphone :

☐ D'un autre service

Nom du service :

Adresse :

Téléphone :

☐ D'aucun service

3. PERSONNES DE VOTRE ENTOURAGE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : Prénom :
Adresse :
Téléphone :

Nom : Prénom :
Adresse :
Téléphone :

4. ABSENCES PREVUES DURANT LA PÉRIODE ESTIVALE

Du au.....

Du au.....

Du au.....

En cas d'absences imprévues, merci de prévenir le CCAS au 04.67.78.20.59
ou la mairie au 04.67.78.3012

**5. SI LE BULLETIN EST COMPLÉTÉ POUR LE BÉNÉFICIAIRE PAR UN TIERS,
VEUILLEZ PRÉCISER VOS COORDONNÉES :**

Monsieur ☐ Madame ☐

Nom : Prénom :
Adresse :
Téléphone :

Agissant en qualité de

☐ Représentant légal

☐ Service d'aide à domicile, soins infirmiers

☐ Médecin traitant

☐ Autre, précisez :

☐ **J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées sur le présent formulaire.**

Je suis informé(e) que :

- Cette inscription ne concerne que les personnes vulnérables du fait de leur isolement.
- Cette inscription est facultative et qu'une demande de radiation est possible à tout moment sur simple demande.
- Il m'appartient de signaler aux services municipaux toute modification concernant ces informations, afin que les fichiers soient tenus à jour et que je puisse être contacté(e) en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.

Fait à, le Signature obligatoire

Les informations collectées ont pour seul objet le plan d'alerte et d'urgence départemental.

Elles restent confidentielles et sont destinées exclusivement à l'usage du CCAS de Bouzigues.

CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE BOUZIGUES 04 67 78 20 59/ 04 67 78 30 12