

INSCRIPTION SUR LE REGISTRE 2026/2027

PLAN CANICULE

PLAN GRAND FROID

CONFINEMENT

Date de l'inscription :

Merci de bien vouloir compléter toutes les rubriques

Personne concernée :

NOM : **Prénom :**

Date et lieu de naissance :

Reconnaissance handicap : oui non (cocher la case correspondante)

2^{ème} personne s'il s'agit d'un couple :

NOM : **Prénom :**

Date et lieu de naissance :

Reconnaissance handicap : oui non (cocher la case correspondante)

Adresse :

N° Tél (fixe et portable) :

Personnes à prévenir en cas de besoin :

NOM : **Prénom :**

Adresse :

N° Tél (fixe et portable) :

Lien : famille – voisinage – ami(e) – autre (préciser).....

(rayer les mentions inutiles)

NOM : **Prénom :**

Adresse :

N° Tél (fixe et portable) :

Lien : famille – voisinage – ami(e) – autre (préciser).....

(rayer les mentions inutiles)

Coordonnées du ou des services intervenant à votre domicile :(cocher les cases correspondantes)

Aide ménagère Repas à domicile Télé-assistance Autre (préciser)

ORGANISME :

Adresse :

N° Tél :

Coordonnées du médecin traitant :

NOM :

N° Tél :

Merci d'envoyer ce document rempli à l'adresse suivante :

CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE
MAIRIE DE SAINT-YRIEIX
19, AVENUE DE L'UNION
16710 SAINT-YRIEIX