



**REGISTRE DES PERSONNES VULNERABLES  
(Canicule, Plan Grand Froid, Epidémies...)**

**Monsieur :**

NOM-Prénom : .....

Date de naissance : .....

Problème de santé(Facultatif) : .....

.....

**Madame :**

NOM-Prénom : .....

Date de naissance : .....

Problème de santé (Facultatif) : .....

.....

**COORDONNEES :**

Adresse : .....

Téléphone fixe : ..... Portable : .....

Courriel : .....@.....

**L'INSCRIPTION EST DEMANDEE AU TITRE DE :**

- Personne âgée de 65 ans et plus
- Personne de 60 ans et plus, bénéficiaire de l'APA
- Personne en situation de handicap, bénéficiaire de la PCH
- Personne isolée, en situation fragile

**INTERVENANT(S) AU DOMICILE :**

**Médecin traitant :**

NOM : ..... Téléphone : ..... Commune : .....

**Infirmier(e) Libéral(e) :**

NOM : ..... Téléphone : ..... Commune : .....

Bénéficiez-vous d'un service d'aide à domicile ? Si oui, merci de nous indiquer les coordonnées de l'organisme : .....

.....

Bénéficiez-vous d'un ou plusieurs des services suivants : (merci de barrer la mauvaise réponse)

Télé-Alarme :            OUI        NON

Repas à domicile :    OUI        NON

Service de Soins Infirmiers à Domicile :        OUI        NON

**PERSONNE(S) A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :**

1<sup>ère</sup> Personne :

NOM-Prénom : ..... Lien de parenté : .....

Téléphone Fixe : ..... Commune : .....

Portable : .....

Possède-t-elle une clé ?        OUI        NON

2<sup>ème</sup> Personne :

NOM-Prénom : ..... Lien de parenté : .....

Téléphone Fixe : ..... Commune : .....

Portable : .....

Possède-t-elle une clé ?        OUI        NON

**SI VOUS DEMANDEZ L'INSCRIPTION EN QUALITE DE TIERCE PERSONNE :**

NOM : ..... Prénom : .....

Tél : ..... Portable : .....

DEMANDE EN QUALITE DE : .....

**Date :**

**Signature(s) :**

Merci de bien vouloir compléter et adresser ce formulaire soit :

**Au CCAS :** 50 rue de la tête de cheval 59120 LOOS, soit

**En mairie :** 104 rue du Maréchal Foch 59120 LOOS

