

REGISTRE COMMUNAL DES PERSONNES « VULNÉRABLES »

(Personnes de plus de 65 ans, et ou isolées, et ou handicapées)

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

.....

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :

PERSONNE ADULTE HANDICAPÉE : ☐ OUI ☐ NON

TYPE DE HANDICAP :

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT :

.....

COORDONNÉES DU SERVICE INTERVENANT À DOMICILE (ADMR) :

.....

.....

PERSONNE A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE :

.....

.....

SI LA DEMANDE N'EST PAS EFFECTUÉE PAR LA PERSONNE CONCERNÉE,

NOM ET QUALITÉ/ LIEN DE PARENTÉ DE LA TIERCE PERSONNE :

.....

.....

DATE DE LA DEMANDE :

SIGNATURE :