|  |  |
| --- | --- |
| DÉPARTEMENT DU VAR—   1 Place de la République – BP 1  83340 CABASSE  —  *Tél. : 04 98 05 12 80*  *Mairie.cabasse@orange.fr* | **Demande d’inscription sur le registre communal des personnes vulnérables**  **Article L121-6-1 du code de l’action sociale et des familles** |

Je soussigné(e ) Nom …………………………………………………….. Prénom …………………………………………………….

Adresse ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………… Code postal : 83 340 Ville : Cabasse

Domicile climatisé  oui  non

Né( e) le …………………………………………………… tél portable …………………………………………………….

Tel domicile …………………………………………………………………………………………………………………………

**Sollicite mon inscription sur le registre communal, en ma qualité de personne :**

de plus de 65 ans  de plus de 60 ans inapte au travail  handicapée majeure

Nom du médecin traitant ………………………………………………………. Tél …………………………………………………………

**Personne de mon entourage, de ma famille :**

A prévenir en cas d’urgence : Nom ……………………………………………………………………………………………………………..

Tél domicile ……………………………………………………………….. Tel portable ……………………………………………………….

La plus proche de chez moi : Nom ……………………………………………………………………………………………………………..

Tél domicile ……………………………………………………………….. Tel portable ……………………………………………………….

**Professionnel et service à domicile :**

Aide à domicile (organisme et /ou privée) Nom ………………………………………………………………………………………..

Tél domicile ……………………………………………………………….. Tel portable ……………………………………………………….

Soins infirmiers (organisme et /ou libéral) Nom ………………………………………………………………………….…………..

Tél domicile ……………………………………………………………….. Tel portable ……………………………………………………….

Portage de repas : Nom ……………………………………………………………………………………………………………..

Téléalarme : Nom ……………………………………………………………………………………………………………..

Je m’engage à signaler au CCAS de Cabasse toute modification pour la mise à jour de mes données.

Fait à Cabasse, le ……………………………………………….. Signature :