|  |  |
| --- | --- |
| DÉPARTEMENT DU VAR—1 Place de la République – BP 183340 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 :