



Formulaire d'inscription – Liste des personnes fragiles

1. Informations sur la personne

Nom :
Prénom :
Date de naissance :/...../.....
Adresse :
.....
Téléphone fixe :
Téléphone portable :
Adresse e-mail (facultatif) :

2. Situation de la personne

- Personne âgée de plus de 70 ans
 - Personne âgée de plus de 60 ans avec reconnaissance d'inaptitude au travail
 - Personne en situation de handicap
 - Personne isolée sans entourage proche
 - Personne souffrant d'un problème de santé nécessitant une vigilance particulière
 - Autre situation :
-

3. Informations utiles en cas de besoin

La personne vit :

- Seule
- Avec une autre personne

Mobilité :

- Autonome
- Difficultés de déplacement
- Utilise un fauteuil roulant
- Autre :

Aide ou accompagnement actuel :

- Aucun
- Aide à domicile
- Famille / proche aidant



DEMANDE D'INSCRIPTION PAR UN TIERS SUR LE REGISTRE COMMUNAL DES
PERSONNES VULNÉRABLES Article L.121-6-1 du code de l'action sociale et des familles

- Service de soins
 Autre :
-

4. Personne(s) à contacter en cas d'urgence

Contact principal

Nom / Prénom :
Lien avec la personne :
Téléphone :

Contact secondaire (facultatif)

Nom / Prénom :
Lien avec la personne :
Téléphone :

5. Informations médicales (facultatif)

Éléments importants à connaître (traitement, pathologie, besoins particuliers) :

.....
.....

Médecin traitant (facultatif) :

Nom :
Téléphone :

6. Consentement

Je demande mon inscription sur la liste des personnes fragiles afin de pouvoir être contacté(e) en cas de situation particulière (ex : épisode de forte chaleur, grand froid, événement exceptionnel, besoin d'assistance).

- J'accepte que mes données soient utilisées uniquement dans le cadre de ce dispositif d'accompagnement.

Fait à :
Le :/...../.....

Signature :