



MAIRIE DE GOINCOURT

Date d'inscription :

Formulaire d'inscription au registre nominatif et confidentiel
des personnes vulnérables et isolées.
(PAU : plan d'alerte et d'urgence)

Renseignements personnels

Nom : Prénom :
Date de Naissance :
Adresse :
Tél fixe : Tél portable :
@mail :

- Personne âgée de 65 ans et plus
- Personne âgée de plus de 60 ans reconnue inapte au travail
- Personne adulte handicapée
- Personne isolée

*Cocher la case correspondante

Situation familiale :

- En couple
- Personne seule

Etes-vous abonné(e) au service de téléassistance du Conseil Départemental ?

- Oui
- Non

Bénéficiez-vous d'un service d'aide à domicile (soins infirmiers/aide-ménagère)

- Oui
- Non

Si oui :

Nom de l'organisme :

Adresse :

Tél fixe : Tél portable :

Coordonnées de votre médecin traitant :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél fixe : Tél portable :

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence

Nom : Prénom : Qualité :
Adresse :

Tél fixe : Tél portable :

OU/ET

Nom : Prénom : Qualité :
Adresse :

Tél fixe : Tél portable :

Tierce personne ayant effectué la demande d'inscription

Nom : Prénom : Qualité :

Tél fixe : Tél portable :



MAIRIE DE GOINCOURT

Date d'inscription :

Formulaire d'inscription au registre nominatif et confidentiel
des personnes vulnérables et isolées.
(PAU : plan d'alerte et d'urgence)

Renseignements personnels

Nom : Prénom :
Date de Naissance :
Adresse :
Tél fixe : Tél portable :
@mail :

- Personne âgée de 65 ans et plus
- Personne âgée de plus de 60 ans reconnue inapte au travail
- Personne adulte handicapée
- Personne isolée

*Cocher la case correspondante

Situation familiale :

- En couple
- Personne seule

Etes-vous abonné(e) au service de téléassistance du Conseil Départemental ?

- Oui
- Non

Bénéficiez-vous d'un service d'aide à domicile (soins infirmiers/aide-ménagère)

- Oui
- Non

Si oui :

Nom de l'organisme :

Adresse :

Tél fixe : Tél portable :

Coordonnées de votre médecin traitant :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél fixe : Tél portable :

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence

Nom : Prénom : Qualité :
Adresse :

Tél fixe : Tél portable :

OU/ET

Nom : Prénom : Qualité :
Adresse :

Tél fixe : Tél portable :

Tierce personne ayant effectué la demande d'inscription

Nom : Prénom : Qualité :

Tél fixe : Tél portable :