



# 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 :