

REGISTRE DES PERSONNES VULNERABLES CCAS de THEREVAL

Je soussigné (e),

Nom : Nom de naissance :

Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Téléphone fixe : Tél portable :

Adresse mail :

Nom et adresse du médecin traitant :

Sollicite mon inscription sur le registre des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence consécutif à une situation de risques exceptionnels (plans hivernal, canicule)

- En qualité de personne âgée de 65 ans et plus
- En qualité de personne âgée de plus de 60 ans reconnue inapte au travail
- En qualité de personne handicapée.
Précisez si handicap moteur oui non

Dans le cas ou la demande n'est pas effectuée par la personne concernée :

Nom :Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe : Tél portable :

Adresse mail :

Lien avec la personne concernée (enfant, voisin, ami, représentant légal, etc)

