

DEMANDE D'INSCRIPTION AU REGISTRE COMMUNAL

L'inscription des personnes isolées les plus vulnérables (personnes âgées, personnes adultes handicapées), résidant à leur domicile à Sélestat, est souhaitable afin de pouvoir leur **apporter conseils et assistance en cas d'événements exceptionnels : canicule, grand froid....**

Pour vous-même ou l'un de vos proches, vous pouvez contribuer à ce geste de prévention et de solidarité citoyenne.

Signalez-vous ou signalez cette personne en complétant ce document à adresser au :

CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE
12A, rue de la Paix - B.P. 40188
67604 SÉLESTAT CEDEX
Tél : 03 88 58 85 80 – Fax : 03 88 58 49 83
ccas@ville-selestat.fr

Vous êtes une :

- Personne de plus de 65 ans ;
- Personne de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail ;
- Personne adulte handicapée ;
- Tierce personne (représentant légal, parent, voisin, médecin traitant, service, etc...) – Nom, qualité et coordonnées : _____

(la personne signalée sera informée par le CCAS de son inscription au registre)

COORDONNEES DE LA OU DES PERSONNE(S) CONCERNEE(S)

NOM : _____ née _____ PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____

N° FIXE: ____ / ____ / ____ / ____ / ____ PORTABLE : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

ADRESSE : _____

Situation familiale : Seul(e) En couple En familleConjoint :

NOM DE NAISSANCE : _____ PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____

Avez-vous des enfants : non oui :
si oui, à proximité éloigné(s) Recevez vous des visites à domicile : Tous les jours Une fois par semaine Plusieurs fois par semaine Moins souvent**NOM, ADRESSE, TELEPHONE DE LA PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :**

NOM : _____ PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____

N° FIXE: ____ / ____ / ____ / ____ / ____ PORTABLE : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

ADRESSE : _____

Qualité : famille ami voisin autre (précisez) _____**COORDONNEES DES PERSONNES INTERVENANT REGULIEREMENT A DOMICILE :**

AIDE A DOMICILE	AIDE SOIGNANTE
Nom : Adresse : ☎ :	Nom : Adresse : ☎ :
INFIRMIERE	MEDECIN
Nom : Adresse : ☎ :	Nom : Adresse : ☎ :
ASSISTANTE SOCIALE	AUTRE (précisez)
Nom : Adresse : ☎ :	Nom : Adresse : ☎ :

Sélestat, le ____ / ____ / ____

Signature

Les informations communiquées demeurent confidentielles. Elles seront uniquement transmises au Préfet dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'alerte et d'urgence départementale. Pour tous changements ou modifications, merci de bien vouloir prendre contact avec le Centre Communal d'Action Sociale.

L'inscription à ce registre n'est pas obligatoire et vous pouvez à tout moment sortir du dispositif sur simple demande écrite adressée au Centre Communal d'Action Sociale.