



DEMANDE D'INSCRIPTION

REGISTRE PERSONNES FRAGILES ISOLEES

Document confidentiel

A remplir soit :

Par la personne âgée
ou la personne handicapée
Par son représentant légal
Par un parent ou un proche

→ Puis à adresser au :

Centre Communal d'Action Sociale
4, Rue du Vivier
88480 ETIVAL-CLAIREFONTAINE
Tél. : 03.29.41.29.51

L'INSCRIPTION CONCERNE

Nom : Prénom :
Date de naissance ou âge :
Adresse précise : Code Postal :
Téléphone : Portable :

Situation : seul(e) en couple avec la famille
Enfant(s) : oui non Si oui : à proximité éloigné(s)
Difficultés particulières liées à : l'isolement au déplacement
Autres (précisez)

Médecin traitant : Téléphone :

PERSONNES A PREVENIR

Nom et prénom :
Lien de parenté :
Téléphone :

Nom et prénom :
Lien de parenté :
Téléphone :

BULLETIN REMPLI PAR

L'intéressé(e) Autre
Si Autre, précisez : Nom : Adresse :
Téléphone : Courriel :
Lien de parenté :

Date :

Signature :

Vous pouvez vous radier du registre quand vous le souhaitez en adressant un courrier à Monsieur le Maire.
Vous pouvez également accéder à tout moment à votre dossier personnel.
Monsieur le Maire devra être informé de votre changement de domicile, le cas échéant.

Les éléments d'informations communiqués ont pour seul objet le Plan d'Alerte et d'Urgence Départemental et sont destinés à l'usage du C.C.A.S. d'Etival-Clairefontaine, responsable du traitement. Ils restent confidentiels et seront traités en conformité avec la loi n°78.17 du 06/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.