



FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF COMMUNAL

Dispositif permanent et général d'alerte à la population

IDENTITÉ ET SITUATION DE LA PERSONNE À INSCRIRE SUR LE REGISTRE

NOM : Prénoms :

Né(e) le : à :

Adresse :

- Plain-pied
 Etage (précisez) :

Téléphone : Courriel :@.....

✓ **Sollicite mon inscription sur le registre** des personnes à contacter, en cas de déclenchement du Plan Communal de Sauvegarde, ou en cas de situation sanitaire exceptionnelle (cocher la case correspondant à votre situation)

- En qualité de personne âgée de 65 ans et plus, résidant à mon domicile ;
 En qualité de personne âgée de plus de 60 ans reconnue inapte au travail, résidant à mon domicile ;
 En qualité de personne handicapée bénéficiant de l'un des avantages prévus au titre IV du livre II du code de l'action sociale et des familles (AAH, ACTP, carte d'invalidité, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé), ou d'une pension d'invalidité servie au titre d'un régime de base de la sécurité sociale ou du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, résidant à mon domicile.

✓ **J'atteste être** (cocher la case correspondant à votre situation) :

- Sous assistance respiratoire
 A mobilité réduite
 Sous assistance d'un appareillage électrique
 Sous dialyse
 Être une personne isolée
 Être immobilisée ou alitée
 Être atteint d'une maladie
 Autres (à préciser) :

✓ **Déclare bénéficiaire de l'intervention** (cocher la case correspondant à votre situation) :

D'un service d'aide à domicile

- organisé par la commune
 organisé par l'organisme Téléphone :

D'un service de soins infirmiers à domicile

Nom du praticien : Téléphone :

D'un autre service (à préciser) : Téléphone :

✓ **Atteste être informé(e)** que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de ma part.

✓ **M'engage à signaler** aux services municipaux toute modification concernant ces informations aux fins de mettre à jour les données du registre communal.

PERSONNE(S) À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM / Prénom :

Qualité (enfant/voisin...) : Téléphone :

Adresse :

NOM / Prénom :
Qualité (enfant/voisin...) : Téléphone :
Adresse :

Fait au TRÉPORT, le Signature

Je soussigné(e) M/Mme..... déclare agir pour le compte de la personne identifiée, en qualité de

Ce formulaire doit être adressé, dans les meilleurs délais :

- Soit par mail à mairie@ville-le-treport.fr ;
- Soit par courrier à Hôtel de Ville, CS 70001, 76470 LE TRÉPORT ou déposé à l'accueil de la mairie.