**INSCRIPTION AU REGISTRE NOMINATIF - CCAS :**

**NOM : ………………………………………………………………………**

**Merci de bien vouloir joindre une photo d’identité récente, svp**

**PRENOM : …………………………………………………………….......**

**DATE DE NAISSANCE : …………./……………./……………………...**

**COMMUNE DE NAISSANCE : ………………………………………….**

**TELEPHONE PORTABLE : ……………………………………………..**

**TELEPHONE DOMICILE : ……………………………………………….**

**COURRIEL : ……………………………………………………………….**

**SITUATION FAMILIALE : ………………………………………………..**

**ADRESSE PRECISE : ………………………………………………………………………………………...**

**…………………………………………………………………………………………………………………...**

**COMPLEMENT (Code, étage, etc.) : ……………………………………………………………………….**

**CODE POSTAL : ……………………………………………………………………………………………....**

**VILLE : ………………………………………………………………………………………………………….**

**MODE DE DEPLACEMENT : Autonome Canne(s) Fauteuil roulant Alité.e Déambulateur**

**SITUATION JURIDIQUE : sans sous tutelle sous curatelle mandat activé de protection future**

**JE SOUHAITE M’INSCRIRE DANS LE REGISTRE COMMUNAL ET ETRE CONTACTE(E) EN CAS D’URGENCE ET EVENEMENT SANITAIRE EXCEPTIONNEL.**

**JE SUIS ISOLE(E), SANS AIDANT, SANS FAMILLE PROCHE ET/OU JE SOUHAITE QUE L’ON PRENNE DE MES NOUVELLES REGULIEREMENT.**

**Ma vulnérabilité est d’ordre médical :**

 **je suis en situation de handicap reconnu par la MDPH non reconnu par la MDPH**

 Je siu

 **taux inférieur à 50% entre 50 et 79% taux > ou = à 80% définitif provisoire**

**Service Intervenant à domicile ? oui non**

**Coordonnées : …………………………………………………………………………………………………………………….**

**Fréquence des passages : ………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Avez-vous un animal de compagnie ? Oui Non**

**Possédez-vous un ventilateur ou un système de** **climatisation ?** Oui Non

**De juin à septembre 2023, avez-vous prévu de quitter Survilliers ? Si oui, précisez les dates de vos absences :**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**PERSONNE A CONTACTER EN CAS D’URGENCE :**

**NOM** : …………………………………….….. **PRENOM** : ………………………………….

**LIEN AVEC VOUS** : …………………………. **TELEPHONE** : …………………………….

**ADRESSE** : ……………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

**COURRIEL** : ……………………………………………………………………………………

**Cette personne possède les clés de votre domicile ? OUI NON**

**COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT** : ……………………………………………

……………………………………………………………………………………………………