

**REGISTRE COMMUNAL PERSONNES VULNERABLES**

**Formulaire d’inscription**

Merci de bien vouloir compléter et adresser ce formulaire au :

CCAS de Villars les Dombes : 15 place hôtel de ville 01330 Villars Les Dombes ou social@villars-les-dombes.fr

* **Demande effectuée par (si autre que personne concernée) :**

**Nom : Prénom :**

**Adresse :**

**Téléphone portable : Tel fixe :**

**En qualité de : □ Enfant □ Famille □ Voisins □ Amis**

**□ Professionnel du domicile ou de santé □ Autres :**

* **Personne concernée par la demande (un formulaire par personne) :**

**□ Madame □ Monsieur**

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Adresse :**

**□ Maison □ Appartement □ Interphone code :**

**□ Vit seul(e) □ Vit en couple**

**Téléphone portable : Tel fixe :**

**Courriel / mail :**

**Médecin traitant (Nom + Tel) :**

* **Personne à prévenir en cas d’urgence N°1 :**

**Nom :**

**Prénom :**

**Adresse :**

**Téléphone portable : Tel fixe :**

**Lien de parenté :**

* **Personne à prévenir en cas d’urgence N°2 :**

**Nom :**

**Prénom :**

**Adresse :**

**Téléphone portable : Tel fixe :**

**Lien de parenté :**

* **Coordonnées du ou des services intervenant à domicile :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Oui / Non** | **Nom du service et Tel** | **Jour d’intervention** |
| **Infirmière / SSIAD** |  |  |  |
| **Auxiliaire de vie / Aide-ménagère** |  |  |  |
| **Portage repas** |  |  |  |
| **Téléalarme** |  |  |  |
| **Autre :** |  |  |  |