

LE REGISTRE des personnes vulnérables



PERSONNES ÂGÉES
DE PLUS DE 65 ANS



PERSONNES HANDICAPÉES
OU MALADES À DOMICILE



PERSONNES
DÉPENDANTES

PERSONNE À INSCRIRE AU REGISTRE

Date de demande d'inscription :

M. Mme **NOM**

Prénom

Date de naissance **Âge** :

Motif d'inscription :
.....

Adresse complète : 56950 CRAC'H

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

RESPONSABLE LÉGAL ÉVENTUEL

M. Mme **NOM**

Prénom

Adresse complète :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Lien de parenté :

PERSONNE 1 À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

M. Mme NOM

Prénom

Adresse complète :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Lien de parenté ou autre :

PERSONNE 2 À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

M. Mme NOM

Prénom

Adresse complète :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Lien de parenté ou autre :

PERSONNE 3 À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

M. Mme NOM

Prénom

Adresse complète :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Lien de parenté ou autre :

QUALITÉ DE LA PERSONNE QUI EFFECTUE L'INSCRIPTION

Personne concernée

Parent

Ami

Tuteur

Professionnel de santé

NOM :

Prénom :

Courriel :@.....