

FORMULAIRE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF

Prévu à l'article L. 121-6-1 du code de l'action sociale

Bulletin à remplir en LETTRES MAJUSCULES soit par :

- la personne âgée ou handicapée
 - un tiers (représentant légal, intervenant médico-social, entourage, parent, ami)
- A retourner complété et signé au CCAS – 520, rue des thermes – 01700 BEYNOST

1- IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

* Monsieur Madame

Nom Prénom.....

Né(e) le A

Adresse

.....

Téléphone fixe Portable.....

* Personne isolée En couple En famille

Je sollicite mon inscription sur le registre des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence, consécutif à une situation de risque exceptionnel, climatique ou autre.

Je demande mon inscription en qualité de :

* Personne de 75 ans ou plus Personne de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail

Personne handicapée

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

2- REFERENCES DU SERVICE MEDICAL OU SOCIAL INTERVENANT AU DOMICILE DU BENEFICIAIRE OU EN CONTACT AVEC LUI

Je déclare bénéficiaire de l'intervention :

d'un service d'aide à domicile :

Adresse

Téléphone.....

d'un service de soins infirmiers à domicile :

Adresse

Téléphone.....

d'aucun service à domicile

** cocher la case correspondant à votre situation*

3- PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

1. Nom Prénom.....

Adresse

.....

Téléphone fixe Portable.....

2. Nom Prénom.....

Adresse

.....

Téléphone fixe Portable.....

4- PERIODES D'ABSENCE ENTRE JUIN ET AOÛT

IMPORTANT : veuillez préciser les dates de vos absences prévues entre la date de votre inscription sur le registre et le 31 août de l'année en cours. Si ces dates changent, merci de le signaler en appelant le CCAS au 04 78 55 56 27

Absence prévue en juin

Absence prévue en juillet

Absence prévue en août

5- COORDONNEES DU TIERS QUI REMPLIT LE BULLETIN POUR LE COMPTE DU BENEFICIAIRE (le cas échéant)

()* Monsieur () Madame

Nom Prénom.....

Adresse

Téléphone fixe Portable.....

Agissant en qualité de :
() représentant légal
() service d'aide ou de soins infirmiers à domicile
() médecin traitant
() autre :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées ci-dessus.

Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler au CCAS toute modification concernant ces informations, aux fins de mettre à jour les données permettant le contact en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.

Dans le cadre du plan de sécurité et de prévention mis en place par la commune de Beynost, j'accepte que mes coordonnées soient transmises à la Police Municipale pour permettre sa visite au domicile pendant la période estivale.

Fait à le..... **Signature :**

