

**CENTRE COMMUNAL  
D'ACTION SOCIALE  
DE LA VILLE DE MARMANDE**

PLAN CANICULE  
Demande d'inscription sur le REGISTRE NOMINATIF

NOM : ..... Prénoms : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

Qualité de l'intéressé(e) (mettre une croix dans la case correspondante) :

personne isolée de 65 ans et plus

personne isolée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail

personne adulte handicapée : préciser si

Handicap moteur (difficulté à se déplacer)

Handicap auditif (sourd ou malentendant)

Handicap visuel (aveugle ou mal voyant)

**Autres informations concernant l'intéressé(e)**

Heure ou plage horaire à laquelle vous êtes le plus susceptible d'être joignable par nos services :

.....

**Service intervenant à domicile (aide à domicile, service de soins à domicile, ...) :**

Nom, Prénoms (ou raison sociale) :

.....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

**Coordonnées du médecin traitant :**

Nom- Prénoms : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

Bénéficiez-vous d'un service de télé-alarme :  OUI  NON

Personne à prévenir en cas de nécessité :

NOM / Prénoms : .....

N° de téléphone : .....

Lien avec l'intéressé(e) : (parenté, représentant légal, ami ou proche,...) :

.....

Coordonnées de la personne ayant établi la demande [s'il ne s'agit pas de l'intéressé(e)] :

Nom / Prénoms : .....

N° Téléphone : .....

Adresse : .....

A ..... le / / 20

Signature du déclarant