Mairie de Saint-Mammès

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

REGISTRE NOMINATIF DES PERSONNES FRAGILES ISOLEES

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

A l'attention des personnes âgées, isolées ou handicapées

Nom / Prénom : .....

Date de naissance : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

Situation de famille : ☐ En couple ☐ Seul(e)

Personnes à prévenir en cas d'urgence : .....
Qualité : ☐ Enfant ☐ Ami ☐ Voisin
Son nom : .....
Son téléphone : .....

Qualité : ☐ Enfant ☐ Ami ☐ Voisin
Son nom : .....
Son téléphone : .....

Nom du Médecin traitant : .....

Bénéficier vous d'un service à domicile :

- ☐ Portage de repas
- ☐ Aide-ménagère
- ☐ Téléalarme

Personne ayant effectué la demande : .....

A REMETTRE EN MAIRIE SOUS PLI CONFIDENTIEL.

Signature :