



CCAS de JAULDES  
Charente  
16560

- A remplir soit :
- par la personne
  - par son représentant légal
  - par un parent ou un proche
  - par un professionnel de santé

Puis à déposer en Mairie ou à adresser par :

- Courrier : CCAS  
1 place des anciennes halles  
Le bourg  
16560 JAULDES
- Mail : mairie@jauldes.fr

## **Demande d'inscription**

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, ..... atteste avoir pris connaissance de la notice d'information préalablement à mon inscription et accepter les conditions de fonctionnement du registre des personnes vulnérables.

### **L'INSCRIPTION CONCERNEE :**

Nom : .....Prénom : .....

Date de Naissance : .....

Adresse précise : .....16560 JAULDES

Téléphone fixe : .....Téléphone portable : .....

Situation familiale :  Isolé(e)  Couple  En famille

Enfants :  Oui  Non si oui,  A proximité  Eloigné(s)

Je suis une personne :  âgées de 65 ans et plus  âgée de plus de 60 ans reconnue inapte au travail  
 adulte handicapé  bénéficiaire d'une pension d'invalidité  en perte d'autonomie

### **Difficultés particulières liées à :**

L'isolement  l'habitat  le déplacement  Autres précisez : .....

Médecin traitant : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

### **PERSONNES A PREVENIR (précisez le lien avec la personne inscrite) :**

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

### **PERSONNES INTERVENANT A DOMICILE**

Infirmier(ère) : Nom et prénom : .....

Téléphone : .....

Aide à domicile : Nom de l'organisme : .....

Téléphone : .....



**CCAS de JAULDES**  
Charente  
16560

- A remplir soit :
- par la personne
  - par son représentant légal
  - par un parent ou un proche
  - par un professionnel de santé

Puis à déposer en Mairie ou à adresser par :

- Courrier : CCAS  
1 place des anciennes halles  
Le bourg  
16560 JAULDES
- Mail : [mairie@jauldes.fr](mailto:mairie@jauldes.fr)

Soins à domicile : Nom de l'organisme : .....

Téléphone : .....

Assistante sociale : Nom et prénom : .....

Téléphone : .....

Service de portage de repas : Nom de l'organisme : .....

Téléphone : .....

Téléalarme :  OUI  NON

**BULLETIN REMPLI PAR :**

L'intéressé(e)  Autre

Si autre, précisez : Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Lien avec l'intéressé(e) : .....

**Date et signature**

Mentions légales : J'accepte de communiquer les renseignements repris dans ce document au CCAS qui s'engage à en garder la confidentialité afin de les intégrer au fichier des personnes à contacter. L'intéressé(e) peut consulter et modifier ses données en s'adressant au CCAS. La radiation du registre peut être réalisée à la demande de l'intéressé(e) ou en cas de départ définitif de la commune.