

Date d'inscription : ____ / ____ / ____

1. IDENTITÉ DE LA PERSONNE INSCRITE

- Nom : _____
- Prénom : _____
- Date de naissance : ____ / ____ / ____
- Sexe : Femme Homme
- Adresse complète : _____
- Téléphone fixe : _____
- Téléphone portable : _____
- Adresse e-mail : _____

2. CATÉGORIE D'INSCRIPTION

- Personne âgée de 60 ans et plus
- Personne âgée de plus de 60 ans, bénéficiaire de l'APA
- Personne adulte en situation de handicap
- Personne adulte en situation de handicap, bénéficiaire de la PCH

3. PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

- Nom et prénom : _____
- Lien avec la personne : _____
- Téléphone : _____
- Adresse : _____

Médecin Traitant

- Nom et prénom : _____
- Téléphone : _____

4. INTERVENANTS À DOMICILE

Service d'aide à domicile

- Organisme : _____
- Téléphone : _____

Infirmier(ère) / Professionnel de santé

- Nom : _____
- Téléphone : _____

Autres intervenants

- Nom : _____
- Téléphone : _____

5. OBSERVATIONS PARTICULIÈRES

- Difficultés de déplacement
- Isolement social
- Besoin d'une assistance régulière
- Équipement médical spécifique
- Autre élément utile : _____

6. SI VOUS DEMANDEZ L'INSCRIPTION EN QUALITÉ DE TIERCE PERSONNE

- Nom et prénom : _____
- Lien avec la personne : _____
- Téléphone : _____
- Adresse : _____

Fait à : _____

Signature :

Le : ____ / ____ / ____