



DEPARTEMENT DES BOUCHES-DU-RHÔNE

Mairie de SAINT-SAVOURNIN

13119

☎ : 04 42 04 64 03

Fax : 04 42 72 43 08

mairie@mairie-stsavournin.fr

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF

Prévu à l'article 1. 121-6-1 du code de l'action sociale et des familles

CETTE DEMANDE DOIT ETRE DEPOSEE OU ADRESSEE AU CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE – MAIRIE – 33 ROUTE DEPARTEMENTALE 7 13119 SAINT-SAVOURNIN

☎ 04.42.04.64.03

mail : accueil@mairie-stsavournin.fr

Je soussigné(e)

NOM :

PRENOMS :

NE(E) LE :

à :

ADRESSE :

.....
.....

TELEPHONE :

Demande à être inscrit(e) sur la liste nominative en qualité de :

Personne âgée de 65 ans et plus (2)

Personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail

Personne handicapé(e)

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.

Par un tiers : OUI NON

Nom Prénom : Tél. : Lien :

Un tiers peut demander l'inscription au registre d'une personne concernée : un parent, le médecin traitant, le service d'aide à domicile ou service des soins infirmiers à domicile...

Personnes de l'entourage à prévenir en cas d'urgence :

Nom – Prénom :Tél.....Lien.....

Nom – Prénom :Tél.....Lien.....

Nom – Prénom :Tél.....Lien.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande.

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

Fait à, le 2020

Signature