

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](mailto: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