



DEPARTEMENT DES BOUCHES-DU-RHÔNE

Mairie de SAINT-SAVOURNIN

13119

Tél : 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**

Tél 04.42.04.64.03

mail : [accueil@mairie-stsavournin.fr](mailto: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 ..... 2025

Signature