

# DEMANDE D'INSCRIPTION AU REGISTRE NOMINATIF

Conformément à la loi n°2004-626 du 30 juin 2004

Vous êtes une personne âgée,  
handicapée, isolée résidant à  
Verrières-le-Buisson,  
**FAITES VOUS CONNAÎTRE**

Vous avez déjà transmis la fiche  
les années passées, celle-ci a été  
détruite,  
**REINSCRIVEZ-VOUS**

Vous connaissez une personne  
susceptible d'être concernée par  
cette fiche,  
**AIDEZ-NOUS A LA CONNAÎTRE**

## Votre identité

NOM : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Adresse : ..... 91370 Verrières-le-Buisson

Code porte : ..... Etage : ..... Tél. : ...../...../...../...../..... Portable : ...../...../...../...../.....

## Informations pour mieux vous connaître

### Vous êtes :

- ☐ Une personne âgée de plus de 65 ans, isolée et/ou dépendante, résidant à domicile.
- ☐ Une personne adulte handicapée, isolée et/ou dépendante, résidant à domicile.

### Vous vivez :

- ☐ Seul(e).
- ☐ En couple

### Pouvez-vous sortir seul (e) ?

- ☐ Oui, sans difficulté
- ☐ Oui, avec difficulté
- ☐ Non

### Recevez-vous des visites ?

- ☐ Oui, souvent
- ☐ Oui, un peu
- ☐ Jamais

Si oui, précisez (voisin, amis, famille, intervenant) :

.....

### Avez-vous ?

- ☐ Une aide à domicile
- ☐ Le portage des repas
- ☐ La téléassistance
- ☐ Une infirmière
- ☐ Autres (précisez) :  
.....  
.....

## Informations complémentaires utiles en cas d'urgence

### Absences du domicile prévues entre juin et août :

Du : ..... au : .....

Du : ..... au : .....

### Personnes joignables en cas d'urgence :

M. /Mme : .....

Lien de parenté : .....

Tél. fixe : .....

Tél. portable : .....

Adresse : .....

Code Postal-Ville : .....

M. /Mme : .....

Lien de parenté : .....

Tél. fixe : .....

Tél. portable : .....

Adresse : .....

Code Postal-Ville : .....

### Non et coordonnées du médecin traitant

M./Mme : .....

Autres informations que vous souhaitez communiquer

Tel : .....

### Partenariat

**Dans le cadre du partenariat engagé avec la Croix Rouge française, j'accepte que les informations personnelles me concernant soient partagées avec l'équipe mobile de la Croix Rouge Française :**

- ☐ Oui
- ☐ Non

J'accepte de communiquer les renseignements repris dans ce document au CCAS qui s'engage à en garder la confidentialité.

Verrières-le-Buisson,

Le :

Signature :

A retourner au :

Pôle Solidarités de la Mairie de Verrières-le-Buisson

Place Charles de Gaulle

91370 VERRIERES-LE-BUISSON