



**FORMULAIRE
DE DEMANDE D'INSCRIPTION
SUR
LE REGISTRE NOMINATIF - 2024**
Obligatoire si vous intervenez pour un tiers

Prévu à l'article L. 121-6-1 du Code de l'action sociale et des familles.
Document réalisé par la cellule d'appui de la Direction Générale de l'Action Sociale

Je soussigné(e)(1)

Nom : Prénom(s) : Né (e) le :

Adresse : Téléphone :

Sollicite mon inscription sur le registre des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence consécutif à une situation de risques exceptionnels, climatiques ou autres (2).

- En qualité de personne âgée de 65 ans et plus
- En qualité de personne âgée de 60 ans, reconnue inapte au travail
- En qualité de personne en situation de handicap

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.

Je déclare bénéficiaire de l'intervention (2)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> D'un service d'aide à domicile : | <input type="checkbox"/> D'un autre service : |
| Intitulé du service : | Intitulé du service : |
| Adresse : | Adresse : |
| Téléphone : | Téléphone : |

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> D'un service de soins infirmiers à domicile : | <input type="checkbox"/> d'aucun service à domicile |
| Intitulé du service : | |
| Adresse : | |
| Téléphone : | |

Personne de mon entourage à prévenir en cas d'urgence (3)

Nom : Prénom(s) :
Domicile : Téléphone :

Si le bulletin est rempli pour le bénéficiaire par un tiers, veuillez préciser vos coordonnées

Nom : Prénom(s) : Né (e) le :

Adresse : Téléphone :

Agissant en qualité de :

- Représentant légal
- Service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile
- Médecin traitant
- Autre, à préciser

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, le

Signature

(1) Les réponses à cette rubrique permettant l'identification du déclarant sont obligatoires. (2) Cocher la(les) case(s) correspondant à votre situation. (3) Les réponses à cette rubrique sont facultatives.

FORMULAIRE A TRANSMETTRE

- **Par courrier à : MAIRIE - 105 grande Rue - 01600 REYRIEUX**
- **Ou par DEPOT DANS LA BOITE A LETTRES DE LA MAIRIE**
- **Ou par MAIL A : affaires.socials@reyrieux.fr**