



# Centre Communal d'Action Sociale

## FICHE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF

*Recensement des personnes âgées de + de 65 ans,  
handicapées, vulnérables du fait de leur isolement*

### **ETAT CIVIL**

Madame

Mademoiselle

Monsieur

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Rue : .....

Téléphone : .....

Courriel : .....

### **PERSONNES A PREVENIR - « RÉFÉRENT »**

Nom et Prénom : .....

Parenté : Enfant  Sœur ou Frère  Neveux  Cousin  Voisin  Amis  Autres

Adresse : .....

Téléphone : .....

Nom et Prénom : .....

Parenté : Enfant  Sœur ou Frère  Neveux  Cousin  Voisin  Amis  Autres

Adresse : .....

Téléphone : .....

### **VOTRE MEDECIN TRAITANT**

Nom : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

Vous vous déplacez facilement : Oui  Non

Problème de santé à signaler : .....

### **SERVICES DE MAINTIEN A DOMICILE**

Vous bénéficiez de l'intervention d'un organisme, d'une association ou d'une personne :

Oui  Non

Si oui : Auxiliaire de vie  Portage de repas  Infirmier(ère)  Kinésithérapeute

Nom de l'association, de l'organisme ou de la personne : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Nom de l'infirmier(ère) et/ou kinésithérapeute : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Vous bénéficiez d'un système de Télé-Assistance : Oui  Non

Nom de l'organisme : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

## **VOTRE SITUATION**

Vous vivez : Seul  En couple   
Vous êtes entouré(e) : Oui  Non  Si oui, par :  
des voisins : tous les jours  une fois par semaine  occasionnellement

Nom et Prénom : .....

Adresse : ..... Téléphone : .....

de la famille : tous les jours  une fois par semaine  occasionnellement

Nom et Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

des amis : tous les jours  une fois par semaine  occasionnellement

Nom et Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

## **VOTRE LOGEMENT**

Vous résidez dans une maison individuelle : Oui  Non

Votre logement est doté de :

Douche : Oui  Non  Baignoire : Oui  Non

Volets : Oui  Non  Stores : Oui  Non

Climatiseur : Oui  Non  Rafraichisseur d'air : Oui  Non

Chauffage électrique : Oui  Non  Ventilateur : Oui  Non

Chauffage Fuel : Oui  Non  Chauffage autre : .....

## **PERSONNE AYANT FAIT LA DEMANDE D'INSCRIPTION**

Le bénéficiaire : Oui  Non  Autre personne : Oui  Non

Dans ce cas, le questionnaire ne peut être rempli qu'avec l'accord de la personne concernée

Nom et prénom : ..... Qualité : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Demande l'inscription sur le registre nominatif des personnes âgées et handicapées de la Commune d'Achères-la-Forêt Les informations recueillies sur ce formulaires sont enregistrées dans un fichier informatisé par le CCAS d'Achères-la-Forêt pour la gestion du plan d'alerte et urgence (canicule, incendie, sanitaire, ...)

Date :

Signature de l'intéressé ou  
de la personne ayant fait la demande

**Merci d'avoir rempli ce questionnaire qui est à retourner sous pli confidentiel au  
C.C.A.S – 58 rue du Closeau – 77760 ACHERES LA FORET**