

Le formulaire est à remplir :

- soit par la personne concernée
- soit par son (sa) représentant(e) légal(e)
- soit par un tiers (intervenant médico-social, entourage, parent, ami...)

Pour plus d'informations, contactez le CCAS de Chambly : **01 39 37 44 00**

Civilité : ☐ Madame / ☐ Monsieur

Nom (ou nom marital) : _____ Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse postale : _____
60230 CHAMBLY

Téléphone portable : _____ Téléphone fixe : _____

Adresse Mail : _____@_____

Résidant à domicile : ☐ Seul(e) ☐ En couple ☐ Autre

Qualité de la personne à inscrire :

- ☐ Personne âgée de 65 ans et plus
- ☐ Personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail
- ☐ Personne adulte en situation de handicap

Disposez-vous d'une télé-alarme ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous des difficultés à vous déplacer ? ☐ Oui ☐ Non

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence (Parent, ami, voisin, tuteur...)

Nom et prénom : _____

Adresse complète : _____

Téléphone portable : _____ Téléphone fixe : _____

Adresse Mail : _____@_____

Nom et prénom : _____

Adresse complète : _____

Téléphone portable : _____ Téléphone fixe : _____

Adresse Mail : _____@_____

Intervenant(s) à domicile

Nom de l'organisme : _____ Type d'organisme : _____

Adresse complète : _____

Téléphone : _____

Jours d'intervention : ☐ Lundi / ☐ Mardi / ☐ Mercredi / ☐ Jeudi / ☐ Vendredi / ☐ Samedi / ☐ Dimanche

Médecin traitant : Nom : _____ Prénom : _____ Téléphone : _____

Inscription faite : ☐ En nom propre / ☐ Par un tiers (Si vous êtes dans ce cas, veuillez remplir les champs ci-dessous.)

Civilité : ☐ Madame / ☐ Monsieur Nom : _____ Prénom : _____

Agissant en qualité de : _____ Téléphone : _____