

FORMULAIRE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE DES PERSONNES FRAGILES ET ISOLÉES

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : __/__/____

Adresse : _____

94520 – PÉRIGNY-SUR-YERRES

Téléphone : __/__/__/__/__

Je vis : seul(e) en couple avec un aidant

Je suis : en situation de handicap âgé(e) de 65 ans et plus isolé(e)

Personnes à prévenir :

Nom	Prénom	Qualité (enfant, voisin, ami...)	Téléphone

Prestations sociales en cours :

Prestation	Oui/Non	Coordonnées de l'intervenant
Télé-assistance	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Infirmier	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Aides à domicile	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Autres : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Absences prévues :

- Juin : _____
- Juillet : _____
- Août : _____

Contact médecin traitant :

Nom : _____

Coordonnées : __/__/__/__/__

Autorisation de traitement des données :

Je prends note que j'ai un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, de notification, de portabilité, d'opposition sur mes données personnelles en contactant la Mairie de Périgny-sur-Yerres.