



REGISTRE PERSONNE ISOLÉE

Informations obligatoires

Date de la demande :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Qualité au titre de laquelle vous demandez votre inscription :

Plus de 65 ans

Entre 60 et 65 ans, reconnu inapte au travail

Moins de 60 ans :

Percevant l'AAH (*allocation adulte handicapé*)

Percevant l'ACTP (*allocation compensatrice tierce personne*)

Titulaire d'une carte d'invalidité

Reconnu(e) « travailleur handicapé »

Adresse :

Courriel :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Médecin traitant :

Service infirmier :

Personne proche (voisin ou famille) pouvant intervenir en cas d'urgence :	J'ai un service ou une personne qui m'aide : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (Préciser les jours de passage par semaine)
Nom :	Service d'aide à domicile :
Prénom :	Service de Portage de repas :
Adresse :	Service téléalarme :
Téléphone fixe :	Infirmiers :
Téléphone portable :	

Informations facultatives

Je vis : seul (e) En couple Autre préciser :
J'ai de la visite de : 1 fois par jour 1 fois par semaine 1 fois par mois non
Je serai seul (e) et sans visite : du au
Je serai absent(e) de mon domicile : du au

PERSONNE DEMANDANT LE RECENSEMENT

- La personne elle-même
- Un parent (1) – lien de parenté
- Un professionnel (1)
- Autre (1)

(1) Vos coordonnées :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Le déclarant	Date	Signature

Formulaire à renvoyer à l'adresse suivante :

direction.ccas@mesnilroch.bzh

CCAS DE MESNIL ROC'H
5, place de la Mairie
Saint Pierre de Plesguen
35720 MESNIL ROC'H