

1- PERSONNE A INSCRIRE SUR LE REGISTRE

NOM : PRENOM :

ADRESSE : BETHUNE

DATE DE NAISSANCE : ___ / ___ / 19___

TELEPHONE : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ OU ___ / ___ / ___ / ___ / ___

COCHEZ LA CASE CORRESPONDANTE :

- Personne âgée de plus de 65 ans
- Personne âgée de plus de 60 ans reconnue inapte au travail
- Personne adulte handicapée

MEDECIN TRAITANT : TEL : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

COORDONNES DU SERVICE OU DES PERSONNES INTERVENANT A DOMICILE
(Famille, Amis, Aide Ménagère, auxiliaire de vie, infirmière, repas à domicile, ...) :

.....
.....
.....

PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (Nom, Prénom, Qualité, Téléphone) :

.....
.....

2- A REMPLIR SI LA DEMANDE PROVIENT D'UN TIERS

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

TELEPHONE : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ QUALITE :

- ❖ Si la demande provient d'un tiers, celle-ci doit obligatoirement être produite par écrit.
- ❖ Les informations recueillies seront regroupées au sein d'un registre, tenu par le Centre Communal d'Action Sociale de la ville de Béthune et transmis, en cas d'alerte, aux seules autorités responsables de la mise en place du plan d'alerte et d'urgence (Préfecture).
- ❖ L'intéressé(e) dispose d'un droit d'accès et peut à tout moment demander la modification ou l'annulation de son inscription.
- ❖ L'inscription sur le registre demeure facultative et volontaire.
- ❖ Un accusé de réception sera adressé dès l'enregistrement de votre demande.

Date de la demande :

Signature :