



Commune de Recquignies

Registre communal des personnes vulnérables

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Merci de bien vouloir compléter et adresser ce formulaire à votre mairie :

Place de la République 59245 Recquignies ou le déposer à l'accueil de la mairie aux heures d'ouverture.

> PERSONNE CONCERNÉE PAR LA DEMANDE (UN FORMULAIRE PAR PERSONNE) :

☐ MADAME ☐ MONSIEUR

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : / /

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

TÉL. PORTABLE :

TÉL. FIXE :

COURRIEL : @

> L'INSCRIPTION EST DEMANDÉE AU TITRE DE :

- ☐ PERSONNE DE 65 ANS ET PLUS
☐ PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

> PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE OU MEDECIN TRAITANT :

NOM :

PRÉNOM :

TÉL. PORTABLE :

TÉL. FIXE :

LIEN AVEC LA PERSONNE CONCERNÉE PAR LA DEMANDE :

> COORDONNÉES DU (DES) SERVICE(S) INTERVENANT À DOMICILE :

NOM DU SERVICE :

TÉL. :

NOM DU SERVICE :

TEL. :

> SI VOUS DEMANDEZ L'INSCRIPTION EN QUALITÉ DE TIERCE PERSONNE :

NOM :

PRÉNOM :

TÉL. PORTABLE :

TÉL. FIXE :

DEMANDE EN QUALITÉ DE :

DATE :

SIGNATURE :