**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF DU CCAS**

(Prévu à l'article l. 121-6-1 du Code de l'action sociale et des familles)

à retourner complété au CCAS - Hôtel de ville - Place de la Laïcité - 93230 Romainville ou à transmettre par mail à : [acceuilretraites@ville-romainville.fr](mailto:acceuilretraites@ville-romainville.fr) . Pour tous renseignement complémentaires, tél : 01 49 15 56 41

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom :** | **Prénom :** | **Né.e le :**  **A :** |
| **N° et Rue** | **Bâtiment/Porte** | **93230 ROMAINVILLE** |
| **Téléphone fixe** | **Téléphone mobile :** | **Mail :** |

Sollicite mon inscription sur le registre des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence consécutif à une situation de risques exceptionnels, climatiques ou autres.

🞏 En qualité de personne âgée de 65 ans et plus

🞏 En qualité de personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail

🞏 En qualité de personne handicapée

Je suis informée que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande écrite de ma part à :

**Monsieur le Président du CCAS – Place de la Laïcité – 93230 Romainville**

|  |  |
| --- | --- |
| M ou Mme : ……………………………………….. | bénéficie de l’intervention à domicile de : |

🞏 Un service d'aide à domicile : intitulé du service : …………………………………………………………….

Adresse : …………………………………………………………….. téléphone : …………………………......

🞏 Un service de soins infirmiers à domicile : intitulé du service : ……………………………...……………...

Adresse : …………………………………………………………….. téléphone : …...………………………..

🞏 Un autre service : intitulé du service : ……………………………………………………………………….....

Adresse : …………………………………………………………….. téléphone : ……………………………..

**Personne de l’entourage à prévenir en cas d'urgence :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom :** | **Prénom :** | **Né.e le :**  **A :** |
| **N° et Rue** | **Bâtiment/Porte** | **93230 ROMAINVILLE** |
| **Téléphone fixe** | **Téléphone mobile :** | **Mail :** |
| Nom du médecin traitant : | Adresse : | Téléphone : |

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande.

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023

**Signature :**