

Je soussigné(e), nous soussignons,

Monsieur ☐ Madame ☐ Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Age : .....ans

Monsieur ☐ Madame ☐ Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Age : .....ans.

**Motif d'inscription :**

- ☐ **65 ans et plus** ☐ **+ 60 ans reconnu(e) inapte au travail**
- ☐ **personne adulte handicapée :** ☐ Allocation adulte handicapé (AAH)
- ☐ Allocation compensatrice tierce personne (ACTP)
- ☐ Prestation de compensation du handicap (PCH)
- ☐ Allocation personnalisée à l'autonomie (APA)
- ☐ Autres (à préciser) : .....

Adresse : ..... 35410 CHATEAUGIRON

Tél fixe : ..... Tél portable : .....

Adresse mail : .....

☐ **Sollicite / sollicitons l'inscription sur le registre nominatif de la commune de CHATEAUGIRON**

Autres informations concernant la (les) personnes intéressée(s) :

• **Serez-vous présent(e) à CHATEAUGIRON :**

**En juin** : ☐ oui ☐ non du .....au ..... juin 2017

**En juillet** : ☐ oui ☐ non du .....au ..... juillet 2017 **En août** : ☐ oui ☐ non du .....au ..... août 2017

• **Bénéficiez-vous d'un service d'aide à domicile ?** ☐ oui ☐ non

☐ Service de l'ADMR ☐ Autres (à préciser) : .....

• **Bénéficiez-vous d'un service de soins à domicile ?** ☐ oui ☐ non

☐ Service du SIMADE 35 ☐ Autres (à préciser) : .....

• **Personne(s) à prévenir en cas d'urgence :**

1) Nom et prénom ..... Tél fixe : .....

Tél portable..... Mail : .....

2) Nom et prénom : ..... Tél fixe : .....

Tél portable : ..... Mail : .....

**Nom de votre médecin traitant (facultatif) :**

Docteur..... Ville : .....

☞ **IMPORTANT : Souhaitez-vous, si vous vous sentez isolé(e), la visite d'un bénévole, membre du Centre Communal d'Action Sociale, pendant les mois d'été ?** ☐ OUI ☐ NON

**A renvoyer ou à déposer à la**  
**mairie de CHATEAUGIRON.**

Ces informations sont strictement confidentielles.

Fait à ....., le .....2017

Signature du demandeur ou de son représentant légal  
(Joindre l'extrait du jugement de tutelle)