

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION  
SUR LE REGISTRE NOMINATIF PRÉVU  
À L'ARTICLE L. 121-6-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES**

<b>Madame</b>	<b>Monsieur</b>
<b>Nom</b>	<b>Nom</b>
<b>Prénom</b>	<b>Prénom</b>
<b>Née le</b>	<b>Né le</b>
<b>à</b>	<b>à</b>
<i>(Entourer le choix)</i>	
<b>Vous vivez :</b> Seule                    En couple	<b>Vous vivez</b> Seul                    En couple
<b>Vous sortez seule :</b> Oui                    Non	<b>Vous sortez seul :</b> Oui                    Non
<i>Si non (entourer le choix)</i>	
Vous ne sortez qu'accompagnée :    Oui            Non	Vous ne sortez qu'accompagné :        Oui            Non
Vous ne sortez pas, même accompagnée :    Oui    Non	Vous ne sortez pas, même accompagné :        Oui    Non
Vous recevez des visites    Oui            Non	Vous recevez des visites    Oui            Non
<i>Si oui (entourer le choix)</i>	
Tous les jours                    Toutes les semaines	Tous les jours                    Toutes les semaines
Autre à préciser :	Autre à préciser :
Qui vous rend visite ? (ami(s), voisin(s), enfant(s) à préciser :	Qui vous rend visite ? (ami(s), voisin(s), enfant(s) à préciser :

ADRESSE : .....

Pavillon : .....Bâtiment : .....Etage : .....Porte.....Code.....

TÉLÉPHONE : ..... TÉLÉPHONE PORTABLE : .....

Mail : .....@.....

Vous serez présent durant :     Juillet     Août     Juillet ET Août

**Observation :**

## RUBRIQUE 2

Je déclare bénéficiaire de l'intervention

D'un service d'aide à domicile  
Intitulé du service : .....  
Adresse / téléphone .....

D'un service de soins infirmiers à domicile pour Madame, Monsieur.  
Intitulé du service : .....  
Adresse / téléphone .....

D'un autre service (téléassistance, portage de repas, etc....)  
Intitulé du service : .....  
Adresse / téléphone .....

## RUBRIQUE 3

Nom et téléphone de mon médecin traitant : .....

Avez-vous des enfants    oui     non 

Coordonnées des enfants :

Nom :	Nom :	Nom :
Prénoms :	Prénoms :	Prénoms :
Adresse :	Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :	Téléphone :
Téléphone Portable :	Téléphone Portable :	Téléphone Portable :

**Le CCAS vous propose gratuitement un service d'accompagnement pour vos déplacements mais aussi pour vous rendre visite. Pour tout renseignement veuillez contacter le CCAS au 01.49.35.25.72**

Je sollicite ou nous sollicitons notre 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.

J'atteste ou nous attestons sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande. Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler aux services municipaux toute modification concernant ces informations, aux fins de mettre à jour les données permettant de me contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.

**Je suis informé(e) que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de ma part.**

Fait à ....., le .....

Signature Madame

Signature Monsieur

**CETTE DEMANDE DOIT ÊTRE ADRESSÉE  
AU CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE (CCAS)**

**13bis rue d'Avron 93250 VILLEMOMBLE**

**Téléphone : 01 49 35 25 72**

**E-Mail : [ccas@mairie-villemomble.fr](mailto:ccas@mairie-villemomble.fr)**

**Horaires d'accueil du public : lundi au vendredi de 8h30 à 17 h sauf le jeudi 13h30 à 17h**

**Horaires d'été lundi au vendredi 8h30 – 12h et de 13h30 – 17h sauf le jeudi 13h30 à 17h**