VEILLE SANITAIRE ET SOCIALE

A remplir soit :
Par la personne âgée ou la personne handicapée
Par son représentant légal
Par un professionnel
Par un parent ou un proche

Puis à adresser :
Soit : **Centre Communal d'Action Sociale**
18 Rue Neuve – BP 90009 - 62192 LILLERS
Ou par mail : **accueilccas@mairie-lillers.fr**
Ou à faxer au : **03-21-61-36-11**

DEMANDE D'INSCRIPTION – PLAN D'ALERTE ET D'URGENCE

Je soussigné (e), Madame, Monsieur, …….. atteste avoir pris connaissance de la notice d'information préalablement à mon inscription ainsi que les conditions.

L'INSCRIPTION CONCERNE

NOM : …… Prénom : ……

Date de Naissance ou âge : …….

Adresse précise : …….

Téléphone : …… Portable : …….. Téléassistance oui ☐ non ☐

Présence d'animaux à domicile : oui ☐ non ☐ Si oui combien :

Situation de famille : isolée ☐ couple ☐ en famille ☐

Enfant(s) : oui ☐ non ☐ Si oui à proximité ☐ éloigné(s) ☐

Difficultés particulières liées à :

Isolement ☐ Habitat ☐ Déplacements ☐ Autre ☐ (précisez) ……

Médecin traitant : …….. Téléphone : ……

PERSONNES A PREVENIR

Nom et Prénom : ……

Adresse : ……

Téléphone : ……

Nom et Prénom : ……

Adresse : …… Ville : ……

Téléphone : ……

BULLETIN REMPLI PAR

L'intéressé (e) ☐ Autre ☐

Si Autre, précisez : Nom : …….. Téléphone : ……

Qualité : …….

Date : **Signature :**