

**L'INSCRIPTION CONCERNE :**

Mme,       Mlle,       M, (*mettre une croix dans la case correspondante*)

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

**Qualité de l'intéressé(e) :**

Personne âgée de 65 ans et plus       personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail

Personne adulte handicapée       Autres informations concernant l'intéressé(e) :

☞ **Heure ou plage horaire à laquelle vous êtes le plus susceptible d'être joignable par nos services :**

☞ **Service intervenant à son domicile** (aide à domicile, service de soins à domicile, ...) :

NOM, prénom (ou raison sociale) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

☞ **Personne à prévenir en cas de nécessité :**

Lien avec l'intéressé(e) : (parenté, représentant légal, ami ou proche,...) : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

**DEMANDE D'INSCRIPTION FAITE PAR :**

L'intéressé(e)       Autre : (précisez ci-après)

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Lien avec l'intéressé(e) : (parenté, représentant légal, ami ou proche,...) : \_\_\_\_\_

**A signaler que cette inscription est facultative et qu'une modification ou radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de l'intéressé(e).**

A, \_\_\_\_\_ le, \_\_\_\_\_ **Signature du demandeur**