CCAS de Mérindol
Place de la Mairie – 84360 Mérindol
04 90 72 98 86
ccas@merindol.fr
www.merindol.fr

FICHE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF :

PERSONNE CONCERNEE PAR LA DEMANDE :
Nom et prénom .....
Date de Naissance :
Adresse : ..... 84 360 MERINDOL
Tél. ..... Port.....

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE
Nom et prénom : .....
Tél. ..... Port. .....
Qualité : .....

COORDONNEES DES INTERVENANTS A VOTRE DOMICILE
Aide à Domicile Nom : ..... Tél : .....
Soins infirmiers: Nom : ..... Tél : .....
Médecin généraliste : Nom : ..... Tél : .....
Autres intervenants : Nom : .... Tél : .....

REMARQUES PARTICULIERES
(Personnes Isolées – Handicapées – Bénéficiant de la Télé-assistance)
.....
.....
.....
.....

Date de la demande d'inscription : .....
Nom du demandeur :.....
Prénom du demandeur .....

□ Personne concernée par l'inscription
□ Autre personne : préciser le lien de Parenté .....

Signature :