



CCAS DE WATTEN

INSCRIPTION REGISTRE COMMUNAL

DES PERSONNES VULNÉRABLES

(1 formulaire par personne)

Motif de la demande : ☐ personne âgée ☐ porteur d'un handicap
☐ personne isolée ☐ autre motif :

➤ **Personne concernée**

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

59143 WATTEN

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Email :

Observation complémentaire :

.....

➤ **Personne à prévenir en cas d'urgence**

NOM : Prénom :

Téléphone :

Lien avec la personne inscrite :

Médecin traitant :

Services intervenants à domicile :

Date de la demande :

Le demandeur :

Signature :