



**Inscription sur le Registre des personnes fragiles ou isolées
Questionnaire 2025**

Nom : Prénom :

Date de naissance : Âge :

Vous êtes : Seul (e) En couple

Adresse :

Maison Appartement

Étage : Escalier n° : Ascenseur : Oui Non

Tél domicile : Portable :

A quel titre demandez-vous votre inscription sur le registre ?

Votre conjoint(e) ?

Personne de plus de 65 ans

Personne Adulte handicapée/invalides

Personne de plus de 60 ans reconnue inapte au travail

Personne(s) à contacter en cas d'urgence :

Nom : Tél : Lien avec vous :

Nom : Tél : Lien avec vous :

Êtes-vous entouré(e) ? Oui Non

Bénéficiez-vous d'un des services suivants ? :

Aide-ménagère Garde à domicile Portage des repas à domicile Soins à domicile

Téléassistance

Coordonnées de l'association ou de la personne :

Coordonnées de votre médecin traitant :

Souhaitez-vous bénéficier de l'appel de convivialité du « Petit Coup de Fil » ? :

Oui Non

Je sollicite mon 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.

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.

Date :

Signature de l'intéressé(e) :

Je sollicite l'inscription à la demande d'un tiers : Je soussigné(e).....

Demeurant.....

Agissant en qualité de.....**sollicite l'inscription de la personne mentionnée ci-dessus 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.**

Date :

Signature de l'intéressé(e) :