|  |
| --- |
| COMMUNEDEHAM-SOUS-VARSBERGTél. 03 87 29 86 90 |

**DEMANDE D’INSCRIPTION AU REGISTRE COMMUNAL**

L’inscription des personnes isolées les plus vulnérables (personnes âgées, personnes adultes en situation d’handicap), résidant à leur domicile à Ham sous Varsberg, est souhaitable afin de pouvoir leur **apporter conseils et assistance en cas d’événements exceptionnels : canicule, grand froid, pandemie….**

Pour vous-même ou l’un de vos proches, vous pouvez contribuer à ce geste de prévention et de solidarité citoyenne.

Signalez-vous ou signalez cette personne en complétant ce document à adresser à :

**MAIRIE DE HAM SOUS VARSBERG**

# 3 RUE DU RUISSEAU

# 57880 HAM SOUS VARSBERG

# Tel :03.87.29.86.90– Fax : 03.87.29.86.94

Vous êtes une :

* Personne de plus de 70 ans ;

* Personne de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail ;

* Personne adulte handicapée ;

* Tierce personne (représentant légal, parent, voisin, médecin traitant, service, etc…) – Nom, qualité et coordonnées: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La personne signalée sera informée par la Mairie de son inscription au registre)

**COORDONNEES DE LA OU DES PERSONNE(S) CONCERNEE(S)**

NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_née\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

N° FIXE: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ PORTABLE : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Situation familiale : ☐ Seul(e) ☐ En couple ☐ En famille

Conjoint :

NOM DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*Avez-vous des enfants* : ☐ non ☐ oui :

 si oui, à proximité ☐ éloigné(s)☐

*Recevez-vous des visites à domicile :*

☐ Tous les jours ☐ Une fois par semaine

☐ Plusieurs fois par semaine ☐ Moins souvent

**NOM, ADRESSE, TELEPHONE DE LA PERSONNE A CONTACTER EN CAS D’URGENCE :**

## NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## N° FIXE: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ PORTABLE : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

## ADRESSE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##  Qualité : ☐ famille ☐ ami ☐ voisin ☐ autre (précisez) \_\_\_\_\_

**COORDONNEES DES PERSONNES INTERVENANT REGULIEREMENT A DOMICILE :**

|  |  |
| --- | --- |
| **AIDE A DOMICILE** | **AIDE SOIGNANTE** |
| Nom : Adresse : Tel : | Nom : Adresse : Tel : |
| **INFIRMIERE** | **MEDECIN** |
| Nom : Adresse : Tel : | Nom : Adresse : Tel : |
| **ASSISTANTE SOCIALE** | **AUTRE( précisez)** |
| Nom : Adresse : Tel : | Nom : Adresse : Tel : |

##  Ham sous Varsberg, le \_\_\_ / \_\_\_ /\_\_\_ Signature

**L’inscription à ce registre n’est pas obligatoire et vous pouvez à tout moment sortir du dispositif sur simple demande écrite adressée à la Mairie.**