**Centre Communal d’Action Sociale**

**Ville de PLOUHINEC (Finistère)**



Signature

*Signature de l’intéressé (e)*

Date : ---------------------------------------

Nom : ---------------------------------------------------------- Prénom : --------------------------------------------------------

Date et lieu de naissance : -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Adresse : --------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tél. : ------------------------------------------------------------------------------ Port. : ------------------------------------------------------------------------------

\*cocher la case correspondante

**Nom du médecin traitant** : ----------------------------------------------------- **Tél.** : ---------------------------------------------------------

**Service intervenant à domicile** : ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Personne à prévenir en cas d’urgence** : ------------------------------------------------------------------------------------------------

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- **Tél.** : ----------------------------------------------------

**En cas d’inscription par une tierce personne, veuillez noter ci-dessous vos coordonnées :**

Nom : ---------------------------------------------------------- Prénom : --------------------------------------------------- Adresse : -----------------------------------------------------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tél. : ------------------------------------------- Port. : ------------------------------------------

Personne âgée

**Fiche d’inscription**

**Personnes Fragiles ou Isolées**

Personne Isolée

Personne handicapée