FICHE D'INSCRIPTION REGISTRE COMMUNAL DES PERSONNES VULNERABLES 2026

FORMULAIRE PRÉVU À L'ARTICLE L 121-6-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

Le registre communal des personnes vulnérables permet à la commune d'organiser un contact périodique avec les personnes fragiles et de les prévenir lorsqu'un plan d'alerte et d'urgence est déclenché (canicule, grand froid, intempéries,...), d'informer ces personnes sur les dispositifs d'aide, de lutter contre l'isolement social et de repérer les situations de perte d'autonomie.

Tous les membres du CCAS (Centre Communal d'Action Sociale) et ses agents susceptibles de vous appeler sont soumis au secret professionnel et respectent la confidentialité des données qui leur sont transmises.

LA PERSONNE CONCERNÉE PAR L'INSCRIPTION

☐ a 65 ans et plus, et réside à son domicile.

☐ a 60 ans et plus, est reconnu inapte au travail, et réside à son domicile.

☐ est un adulte handicapé bénéficiant d'une pension d'invalidité servie au titre d'un régime de base de la sécurité sociale ou du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, et réside à son domicile.

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Sexe : ☐ M ☐ F

Vivez-vous seul(e) : ☐ Oui ☐ Non Si non avec qui : .....

Adresse (Carcans) : .....

Adresse (autre commune) : .....

Téléphone : ..... / ..... /..... / ..... /..... Portable : ..... / ..... /..... / ..... /.....

Faîtes-vous l'objet d'un régime de protection juridique : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quelles sont les coordonnées du mandataire :

.....

Avez-vous des périodes **normales et récurrentes** d'absence de votre domicile carcanais :

du ..... / ..... /..... au ..... / ..... /.....

du ..... / ..... /..... au ..... / ..... /.....

PERSONNE DE CONFIANCE

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Lien : ☐ Enfant ☐ Petit Enfant ☐ Ami ☐ Famille : ..... ☐ Autres : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... / ..... /..... / ..... /..... Portable : ..... / ..... /..... / ..... /.....

MEDECIN TRAITANT

Nom : .....

Prénom : .....

Téléphone : ..... / ..... /..... / ..... /.....

INFIRMIER OU AIDE-SOIGNANT A DOMICILE

☐ OUI ☐ NON

Nom : .....

Prénom : .....

Téléphone : ..... / ..... /..... / ..... /.....

AIDE À DOMICILE (STRUCTURE OU SALARIÉ DIRECT)

☐ OUI ☐ NON

Nom : .....

Prénom : .....

Téléphone : ..... / ..... /..... / ..... /.....

DISPOSITIFS COMMUNAUX

Téléalarme

☐ Connaît et bénéficit

☐ Connaît mais ne bénéficit pas

☐ Ne connaît pas

Portage de repas

☐ Connaît et bénéficit

☐ Connaît mais ne bénéficit pas

☐ Ne connaît pas

Monalisa

☐ Connaît et bénéficit

☐ Connaît mais ne bénéficit pas

☐ Ne connaît pas

VIE QUOTIDIENNE ET AUTONOMIE

Mobilité

☐ Voiture

☐ Ne conduit pas / plus

☐ Autre : .....

Aide à la marche

☐ Ne marche pas

☐ Canne

☐ Déambulateur

☐ Fauteuil

☐ Aucune aide nécessaire

☐ Autre : .....

Déficience sensorielle

☐ Difficultés à entendre

☐ Difficultés à voir

☐ Difficultés à parler

☐ Aucune difficulté

☐ Autre : .....

- appareillage ? ☐ OUI ☐ NON

LOGEMENT

☐ Individuel

☐ Collectif

☐ Escaliers

☐ Marches pour entrer/sortir

Chauffage

☐ Electrique

☐ Fuel

☐ Bois

☐ Autre : .....

Rafraîchissement

☐ Climatisation

☐ Ventilateur

☐ Autre : .....

Animaux

☐ Chien ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3+

☐ Chat ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3+

☐ Oiseau ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3+

☐ Autre : .....

Fait à .....

Le ..... / ..... / .....

Signature

La mairie de carcans assure la confidentialité de ces informations.