

Inscription au registre municipal des personnes vulnérables

Nom/Prénom _____

Nom patronymique (nom de jeune fille) _____

Date de naissance ____/____/____ Lieu de naissance _____

Adresse _____ 68440 HABSHEIM

Téléphone fixe _____ Téléphone portable _____

Personne à prévenir en cas de problème :

Nom/Prénom _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____ Téléphone _____

- Je bénéficie d'un service d'aide à domicile : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, nom du service : _____ Fréquence des passages : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____

- Je bénéficie d'un service de soins infirmiers à domicile : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, nom du service : _____ Fréquence des passages : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____

- Je m'engage à transmettre toute modification concernant les informations ci-dessus.
- Je suis informé(e) que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être sur simple demande.

Fait à Habsheim, le _____
Signature