

Demande d'inscription au registre nominatif FRAGILIST

prévu à l'article L.121-6-1 du code de l'action sociale et des familles

à retourner à la : MAISON DE L'AUTONOMIE - CLIC

10^{ter} rue d'Estienne d'Orves, 92500 Rueil-Malmaison

Je sollicite mon inscription sur le registre FRAGILIST pour bénéficier des interventions des services sanitaires et sociaux de ma commune en cas de déclenchement par le Préfet du plan d'alerte et d'urgence en cas de risques exceptionnels (loi n°2004-626 du 30 juin 2004 et décret n°2004-926 du 1^{er} septembre 2004) :

Cocher la case correspondante :

- En qualité de personne âgé(e) de plus de 60 ans, isolée, vivant à mon domicile
- En qualité de personne en situation de handicap, isolée, vivant à mon domicile

Identification du bénéficiaire :

Madame Monsieur

Date de naissance : / /

Nom :

Prénom(s) :

Autre personne vivant au domicile :

Madame Monsieur

Date de naissance : / /

Nom :

Prénom(s) :

Domicile :

Adresse :

Bât : Escalier : Étage : N° Appartement : Code :

Téléphone fixe : Téléphone mobile :

Avez-vous des difficultés : Malvoyant Mobilité réduite

Malentendant, comment vous contacter par téléphone ?

Attention : J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande. Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler au CLIC toute modification concernant ces informations. En cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence, le CLIC me téléphonera. **En l'absence de réponse de ma part, le CLIC entreprendra les démarches nécessaires afin de prendre de mes nouvelles au domicile (appel à la Police Municipale, aux pompiers... qui pourront être amenés à fracturer ma porte).**

(Qualité du signataire si autre que la personne concernée)

Date :

Signature :

(Tournez la page SVP)

Nom :

Prénom(s) :

Bénéficiez-vous des aides suivantes :

- Fréquentez-vous le **Restau-club de la Maison de l'Autonomie** : Oui Non
- **Portage de repas** à domicile du C.C.A.S. / M.D.A. : en semaine en semaine + week-ends

OU autre organisme : Nom : Tél :

- Êtes-vous abonné(e) au service de **télé assistance Vitaris** du C.C.A.S. / M.D.A : Oui Non

OU autre organisme : Nom : Tél :

Autres aides	Nom de l'organisme	Tél de l'organisme	Fréquence par semaine (Jours + horaires)
Soins infirmiers			
Aides à domicile			

Personne(s) à prévenir en cas d'absence :

NOM - Prénom	Lien de parenté	Téléphone fixe	Téléphone mobile

Un gardien ? : Nom : Tél portable / fixe :

Dates d'absence de Rueil-Malmaison (à signaler même après inscription) :

Souhaitez-vous pouvoir être recontacté par la Ville au cours de l'année en cas d'évènements extraordinaires (Inondation...) ? Oui Non