

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Nom

Prénom

Adresse postale

Téléphone

Mail



Situation familiale

Date de naissance

Portage de repas

☐ Oui

☐ Non

Téléalarme

☐ Oui

☐ Non

APA

☐ Oui

☐ Non

Climatisation

☐ Oui

☐ Non



PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom

Prénom

Téléphone

Lien avec la personne

MEDECIN TRAITANT

Nom

Prénom

Adresse postale

Téléphone



☐ Je reconnais avoir pris connaissance que les données personnelles renseignées dans ce formulaire sont collectées et traitées exclusivement par le CCAS dans le cadre du traitement de ma demande, conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données personnelles.

☐ J'autorise le CCAS à conserver et utiliser mon adresse e-mail afin de me transmettre des informations relatives aux actions, activités, événements et services proposés par le CCAS.

