

**A retourner : auprès de votre mairie ou au  
CIAS de Chinon, Vienne et Loire  
10, rue des Courances - 37500 CHINON - 02.47.93.92.86**

**ÉTAT CIVIL**

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	ADRESSE COMPLÈTE	TÉLÉPHONE
-				
-				

Je m'inscris sur cette liste car :

- Je suis une personne âgée de 65 ans et plus.  
 Je suis une personne âgée de 60 ans, adulte handicapé.

**SERVICES A DOMICILE** dont je bénéficie

<p>Aide et/ou soins à domicile :</p> <p><input type="checkbox"/> ASSAD    <input type="checkbox"/> ADMR</p> <p><input type="checkbox"/> Service +    <input type="checkbox"/> Age d'or services</p> <p><input type="checkbox"/> Soins infirmiers à domicile</p> <p><input type="checkbox"/> Infirmier(e), coordonnées.....</p> <p><input type="checkbox"/> Emploi direct, coordonnées.....</p>	<p>Portage de repas à domicile : <input type="checkbox"/> oui    <input type="checkbox"/> non</p> <p>Lequel :.....</p> <p>Téléalarme :    <input type="checkbox"/> oui    <input type="checkbox"/> non</p> <p>Laquelle :.....</p> <p>Médecin traitant : .....</p> <p>.....</p>
--	--

**PERSONNE(S) A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE**

Précisez, enfant, voisin,	NOM	PRÉNOM	ADRESSE	TÉLÉPHONE Fixe ou portable
-				
-				
-				

Si vous êtes absent de votre domicile au cours de cette période, merci de nous indiquer les dates :

Du.....au.....et du .....au.....

Votre entourage est absent pendant l'été, et vous souhaitez que nous prenions de vos nouvelles (appel téléphonique régulier en juillet et août). Je m'inscris au service « p'tit plus » :    oui     non

DATE :.....

SIGNATURE OBLIGATOIRE :

**A LA DEMANDE D'UN TIERS**  
FICHE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF

**A retourner** : auprès de votre **mairie** ou au  
**CIAS** de Chinon, Vienne et Loire  
10, rue des Courances - 37500 CHINON - 02.47.93.92.86

Identification du tiers : Nom : ..... Prénom : .....

Agissant en qualité de :

- Représentant légal
- Service d'aide ou de soins infirmiers à domicile
- Médecin traitant
- Autre : .....

État civil de la personne concernée :

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	ADRESSE COMPLÈTE	TÉLÉPHONE
-				
-				

Je demande l'inscription de cette personne parce qu'elle est :

- Une personne âgée de 65 ans et plus.
- Une personne âgée de 60 ans, adulte handicapé.

Les services à domicile dont elle bénéficie :

<p>Aide et/ou soins à domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ASSAD</li> <li><input type="checkbox"/> Service +</li> <li><input type="checkbox"/> Soins infirmiers à domicile</li> <li><input type="checkbox"/> Infirmier(e), coordonnées.....</li> <li><input type="checkbox"/> Emploi direct, coordonnées.....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ADMR</li> <li><input type="checkbox"/> Age d'or services</li> </ul>	<p>Portage de repas à domicile : <input type="checkbox"/> oui    <input type="checkbox"/> non</p> <p>Lequel : .....</p> <p>Téléalarme :    <input type="checkbox"/> oui    <input type="checkbox"/> non</p> <p>Laquelle : .....</p> <p>Médecin traitant : .....</p> <p>.....</p>
--	---	--

Si elle est absente de son domicile au cours de cette période, merci de nous indiquer les dates :

Du.....au..... et du .....au.....

Son entourage est absent pendant l'été, vous souhaitez que nous prenions de ses nouvelles (appel téléphonique régulier en juillet et aout). Je l'inscris au service « p'tit plus :                      oui                       non

DATE : .....

SIGNATURE OBLIGATOIRE :