

**IMPORTANT ! DOCUMENT A RETOURNER EN MAIRIE EN CAS DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE
NOMINATIF DES PERSONNES VULNERABLES EN CAS D'URGENCE SANITAIRE**

Date de la demande d'inscription	Nom	Prénoms	Qualité*/date de naissance	Adresse	Numéro de téléphone

* Personnes de plus de 65 ans
Personnes de plus de 60 ans reconnues inaptes au travail
Personnes handicapées

Service intervenant à domicile (le cas échéant)	Nom et téléphone du Médecin traitant	Coordonnées de la ou des personnes à contacter en cas d'urgence (le cas échéant)
Nom : Adresse : N° téléphone :	Nom : Adresse : N° téléphone :	Nom : Adresse : N° téléphone :

Tableau ci-dessous à remplir si la demande est faite par un tiers (avec accord de la personne inscrite)

Nom et prénoms du tiers ayant effectué la demande (le cas échéant)	Qualité du tiers