

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR L'INSCRIPTION

Madame,

Monsieur

**Nom :**

**Nom :**

**Prénom :**

**Prénom :**

**Nom de jeune fille :**

**Date de naissance :**

**Date de naissance :**

L'inscription est demandée au titre :

De personne en situation de handicap.

De personnes âgées

Adresse précise (Précisez le n° d'appartement, de bâtiment ou d'étage dans l'éventualité) :

.....  
.....

Type de logement :

Individuel

Collectif

Collectif avec gardien

**Téléphone fixe :** .....

**Téléphone portable :** .....

Personnes à prévenir :

| Nom Prénom | Qualité<br>(enfant, parent, voisin ami,...) | Téléphone | Adresse précise |
|------------|---|-----------|-----------------|
|            |   |           |                 |
|            |   |           |                 |
|            |   |           |                 |
|            |   |           |                 |

Prestations à domicile :

| Prestations                            | Oui / Non | Coordonnées | Jours et horaires d'intervention |
|--|-----------|-------------|----------------------------------|
| Portage de repas                       |           |             |                                  |
| Aide-ménagère                          |           |             |                                  |
| Téléalarme                             |           |             |                                  |
| Soins à domicile (SSIAD ou infirmière) |           |             |                                  |
| Femme de ménage                        |           |             |                                  |
| Autre (précisez)                       |           |             |                                  |

Nom et coordonnées du médecin traitant :

.....  
.....

Autres informations que vous souhaitez nous communiquer :

.....  
.....

Fréquentation de clubs ou autres structures-activités (précisez les jours et horaires) :

.....  
.....

Vous vivez

- Seul (e)       En couple       En famille       Autre (précisez) : .....

Mentions légales :

*J'autorise le Centre Communal d'Action Sociale de la Ville du BARP à intégrer les informations de ce document au fichier des personnes à contacter.*

*L'intéressé(e) peut consulter et modifier ces données en s'adressant au CCAS. La radiation du registre peut être réalisée à la demande de l'intéressé ou en cas de départ définitif de la Commune*

**Date de la demande :**

**Signature :**

Fiche à retourner au

**Centre Communal d'Action Sociale**  
37 avenue des Pyrénées  
CS 70002 - 33116 LE BARP CEDEX

Mail : [ccas@lebarp.fr](mailto:ccas@lebarp.fr)