**Formulaire d’inscription**

**Prévention Délestages électriques**

**Identité de la personne**

**NOM :** .................................................................................................................................

**PRÉNOM** : ...........................................................................................................................

**NÉ(E) LE :** ............................................................................................................................

**ADRESSE :** ...........................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………

**TELEPHONE DOMICILE :** ....................................................................................................

**TELEPHONE PORTABLE :** ....................................................................................................

**Situations : (plusieurs cases possibles à cocher)**

* Vous résidez seule à votre domicile ;
* Vous êtes en couple ;
* Vous êtes en situation de handicap ;
* Vous êtes une personne de plus de 60 ans,
* Autre : à préciser …………………………………………………….

**Médecin traitant**

**NOM :** .................................................................................................................................

**PRÉNOM** : ...........................................................................................................................

**ADRESSE :** ...........................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………

**TELEPHONE DOMICILE :** ....................................................................................................

**TELEPHONE PORTABLE :** ....................................................................................................

**Service d’aide à domicile**

**NOM :** .................................................................................................................................

**PRÉNOM** : ...........................................................................................................................

**NOM DE LA STRUCTURE :** ……………………………………………………………………….

**ADRESSE :** ...........................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………

**TELEPHONE DOMICILE :** .....................................................................................................

**TELEPHONE PORTABLE :** .....................................................................................................

**Nombre d’heures/ semaine :** ………………………………………………………………...

**Jours d’intervention :** ……………………………………………………………………………

**Service de soins infirmiers à domicile**

**NOM :** ……...………………………………………………………………………………………..

**PRENOM :** …...……………………………………………………………………………………….

**ADRESSE :** ……...…………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….

**TÉLÉPHONE FIXE :** ……………………………………………………………………………..…..…

**TÉLÉPHONE PORTABLE :** ………………………………………………………………………….…

**JOURS D’INTERVENTION :** ………………………………………………………………………….

**Autres services**

**NOM :** ………………………………………………………………………………………………....

**PRÉNOM :** ……………………………………………………………………………………………..

**ADRESSE :** ……………………………………………………………………………………….…….**.**

………………………………………………………………………………………………….……….

**TÉLÉPHONE FIXE :** …………………………………………………………………………………….

**TÉLÉPHONE PORTABLE :** …………………………………………………………………………..…

**JOURS D’INTERVENTION :** ……………………………………………………………………………

**Personne à prévenir en cas d’urgence**

**NOM :** …………………………………………………………………………………………………

**PRÉNOM :** …………………………………………………………………………………………….

**ADRESSE :** ……………………………………………………………………………………………**.**

………………………………………………………………………………………………………….

**TÉLÉPHONE FIXE :** ……………………………………………………………………………………

**TÉLÉPHONE PORTABLE :** …………………………………………………………………………….

**Lien de parenté :** ……………………………………………………………………………………

**Je soussigné(e) (NOM/Prénom)** …………………………………………………………………

……...……………………………………………………………………………………………………

Déclare être :

* La personne pour qui l’inscription est demandée
* Être proche de la personne pour qui l’inscription est demandée (nom/prénom/lien avec la personne pour qui l’inscription est demandée) : ………………………………………………………………………………………………….

Le…………………………….… à …….…………………

 Signature