

**Ville de DOMONT**  
**Centre Communal d'Action Sociale**  
**Registre des personnes fragilisées**  
**Inscriptions 2019**

**Personne(s) concernée(s)**

	Nom - Prénom	Date de naissance	Adresse	Téléphone(s)
Monsieur				
Madame				

**Personne demandant l'inscription [si autre que personne(s) concernée(s)]**

Qualité	Nom - Prénom	adresse	commune	Téléphone(s)

**Personne de votre entourage à contacter**

Qualité	Nom - Prénom	adresse	commune	Téléphone(s)

**Personnel de santé**

Qualité	Nom - Prénom	adresse	commune	Téléphone(s)
MEDECIN TRAITANT				
INFIRMIER(E)				

Si vous bénéficiez des services suivants, merci de compléter le tableau

	Nom et Coordonnées de l'organisme	Téléphone	Fréquence Hebdomadaire
<b>Aide à Domicile</b>			
<b>Repas à Domicile</b>			
<b>Le Baladin</b>			
<b>La télé assistance</b>			