



**FORMULAIRE D'INSCRIPTION POUR
La lutte contre le covid-19
A retourner en mairie ou au CCAS**

- ↪ **Nom** : **Prénom** :
- ↪ **Date de naissance** :
- ↪ **Adresse** :
- ↪ **N° Téléphone** :
- ↪ **Personne à prévenir en cas d'urgence** : **Téléphone** :

↪ **VOTRE SITUATION (à cocher) :**

- Vous êtes reconnu(e) comme adulte handicapé**
- Vous avez plus de 70 ans**
- Vous êtes une femme enceinte**
- Vous avez été victime d'un AVC**
- Vous avez été ou êtes atteint(e) d'une pathologie cancéreuse**
- Vous avez été ou êtes atteint(e) d'une pathologie cardiaque ou respiratoire**
- Vous avez été ou êtes atteint(e) de diabète**
- Vous avez été ou êtes atteint(e) de maladies chroniques**

↪ **VOUS BENEFICIEZ D'UNE AIDE A DOMICILE (à cocher)**

- Service d'aide à domicile**
Si oui, le quel et coordonnées :
- INFIRMIERE**
Si oui, le quel et coordonnées :
- PORTAGE DE REPAS A DOMICILE**
- AUTRES** :

↪ **SI L'INSCRIPTION EST FAITE PAR UNE TIERCE PERSONNE**

NOM : **PRENOM** :

ADRESSE :

TELEPHONE :

LIEN DE PARENTE :

LAUNAC, le :

SIGNATURE DU BENEFICIAIRE :