



COMMUNE DE CRAVANT
55 RUE D'ORLEANS - 89460 CRAVANT
Tél : 03 86 42 23 34
Fax : 03 86 42 29 67
mairie-cravant@wanadoo.fr

DEMANDE D'INSCRIPTION
RECENSEMENT DES PERSONNES FRAGILES ISOLÉES

Document confidentiel

*A remplir par la personne concernée, par son représentant légal ou par un parent ou un proche
et à adresser à la Mairie de CRAVANT*

PERSONNE CONCERNÉE

Nom : Prénom :

Date de naissance ou âge :

Adresse :

.....

Téléphone fixe / mobile :

Situation : seul(e) en couple avec de la famille

Enfant(s) : oui non si oui : à proximité éloigné(s)

Difficultés particulières liées à : l'isolement au déplacement

Autre :

Médecin traitant : Téléphone :

PERSONNES A PRÉVENIR

Nom et prénom :

Lien de parenté :

Téléphone :

Nom et prénom :

Lien de parenté :

Téléphone :

BULLETIN REMPLI PAR

La personne concerné(e) autre

Si autre, précisez :

Nom et prénom :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Lien de parenté :

Date :

Signature :

Vous pouvez demander à être radié du registre quand vous le souhaitez par simple demande écrite adressée à Madame le Maire. En cas de changement de domicile ou de coordonnées, merci de bien vouloir faire parvenir les informations actualisées en Mairie.

Les éléments déclarés dans le présent formulaire restent confidentiels et ne seront utilisés que dans le cadre d'un plan d'alerte et d'urgence établi par l'Administration pour faire face à une situation de crise.