



CCAS DE BON-ENCONTRE BULLETIN DE RECENSEMENT

Vous êtes isolé(e), en situation d'handicap, de vulnérabilité, vous n'avez pas de famille à proximité ?

Nous vous invitons à remplir ce formulaire afin de d'être recensé auprès du CCAS.

NOM : **Prénom** :

Age : **Date de Naissance** :/...../.....

Adresse :
.....

N° de téléphone :

Vous êtes abonné à un dispositif de Téléassistance : oui non

NOM, adresse et téléphone de la famille ou des proches pouvant apporter de l'aide en cas de besoin :

.....
.....
.....
.....

Coordonnées du service d'aide à domicile qui intervient éventuellement à votre domicile.....

NOM du médecin traitant :

Période éventuelle d'absence :

Date :

Signature,

NOUS VOUS RAPPELONS QUE CETTE INSCRIPTION EST VOLONTAIRE ET FACULTATIVE