



Centre Communal d'Action Sociale  
de la Ville d'Ajaccio

## DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE COMMUNAL DES PERSONNES ISOLEES A DOMICILE

Nom : .....

Prénoms : .....

Date de Naissance : ..... / ..... / .....

Personnes âgée de 65 ans et plus

Personne âgée de plus de 60 ans et  
reconnue inapte au travail

Personne adulte handicapée

Adresse : .....

.....

.....

N° de tél. domicile : ..... N° de tél. portable : .....

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence :

Nom, prénom : ..... N° de tél. : .....

Nom, prénom : ..... N° de tél. : .....

Coordonnées du service intervenant à domicile :

Nom du service : .....

Téléphone : .....

Le cas échéant, coordonnées de la tierce personne qui a effectué le demande :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Qualité : .....

A Ajaccio, le ..... / ..... / .....

Signature du demandeur,