



centre intercommunal d'action sociale du pays ajaccien

**DEMANDE D'INSCRIPTION  
SUR LE REGISTRE  
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 , le ..... / ..... / .....**

**Signature du demandeur,**