



En cas de difficultés, vous pouvez contacter Séverine Dupin ou Corinne Cobos pour vous aider à compléter ce document.

Vous pouvez vous signaler, soit en déposant ce document à l'accueil de la mairie, soit en l'adressant par mail :

mairie@ville-smdl.fr / 04 67 55 00 10

Ne pas jeter sur la voie publique.

PRENDRE SOIN DE VOUS, C'EST AUSSI SE FAIRE CONNAÎTRE

Vous avez plus de 65 ans
Et/ou en situation de handicap
ou vous vous sentez isolé

**Inscrivez vous auprès
de la commune**

Pourquoi ?

Parce que, dans
les moments
difficiles, vous
n'êtes pas
seul(e)

En cas de
Canicule, de
grand froid ou
d'évènement
particulier

Un élu(e) ou agent de la
commune vous
contactera

**Pour s'inscrire,
c'est simple et
gratuit**

**Remplissez le
formulaire
ci-joint**

**et déposez-le en
mairie**

Pour tout renseignement vous pouvez appeler à la
mairie au 04 67 55 00 10

REGISTRE DES PERSONNES VULNÉRABLES 2026

Commune de Saint Martin de Londres

Date de la demande : / /

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Sexe : ☐ F ☐ M ☐ Autre*

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : __ / __ / __ / __ / __

Email :

Vit seul(e) : ☐ Oui ☐ Non

Demande à être inscrit(e) sur la liste en qualité de :

- ☐ Personne de plus de 65 ans
- ☐ Personne de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail
- ☐ Personne en situation de handicap
- ☐ Personne isolée

Demande d'inscription faite par un tiers

Non, Prénom (tiers) :

Agissant en qualité de :

- ☐ représentant légal (tuteur, curateur)
- ☐ enfant
- ☐ médecin
- ☐ autre
- ☐ service infirmier à domicile
- ☐ service infirmier à domicile
- ☐ service d'aide à domicile

NOM / Prénom du médecin traitant :

Téléphone :

Bénéficiez-vous du :

- Portage de repas : Oui ☐ Non ☐

Si oui précisez le nom de l'association :

- Télé alarme : Oui ☐ Non ☐

- Aide du département / APA : Oui ☐ Non ☐

- Passage infirmier Oui ☐ Non ☐

Si oui, nom de l'infirmier(e)

Téléphone __ / __ / __ / __ / __

PERSONNE(S) À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom Prénom :

Nature de l'aidant :

Téléphone : __ / __ / __ / __ / __

Nom Prénom :

Nature de l'aidant :

Téléphone : __ / __ / __ / __ / __

☐ J'accepte que mes informations soient enregistrées dans le registre communal des personnes vulnérables afin d'être contacté(e) en cas de besoin (plan canicule, grand froid, crise sanitaire...).

☐ Je peux demander à tout moment la modification ou la suppression de mes données.

Date : / /

Signature