

## Commune de Polincove

### Fiche de demande de rectification des informations portées sur le registre communal des personnes vulnérables

(formulaire à remplir dans son intégralité)

(formulaire à retourner ou à déposer à : Mairie de Polincove, 180 rue de la mairie 62370 Polincove  
ou par mail à : mairie-de-polincove@wanadoo.fr)

#### Personne concernée

Nom Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_

portable : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

Situation personnelle :

- (cocher la case correspondante)
- Personne de 65 ans et plus  
 Personne de 60 ans et plus reconnue inapte au travail  
 Personne adulte handicapée

Réside :  seule  en couple  autre

(cocher la case correspondante)

#### Représentant légal (le cas échéant)

Nom Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_

portable : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

**Fiche de demande de rectification des informations  
portées sur le registre communal des personnes  
vulnérables (suite)**

**Personne à prévenir en cas d'urgence (facultatif)** (famille, amis, voisins ...)

Nom Prénom : \_\_\_\_\_

Nature du lien : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_

portable : \_\_\_\_\_

**Professionnels/service à domicile dont la personne bénéficie (facultatif)**

- Aide à domicile :

Nom et téléphone de l'organisme : \_\_\_\_\_

- Soins infirmiers :

Nom et téléphone de l'intervenant : \_\_\_\_\_

- Autre :

Nom et téléphone de l'intervenant/de l'organisme : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fait à Polincove, le

Signature :

NB : Un accusé de réception de votre demande vous parviendra sous 8 jours au choix :

par courrier

par mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_