



☎ 04.90.33.08.59
☐ ccas@bedarrides.eu

Le :

SIGNALEMENT PERSONNE VULNERABLE

Identité du Bénéficiaire :

Nom..... Prénom :
Adresse :
..... - 84370 BEDARRIDES
Téléphone : Liste rouge oui non
Portable : Liste rouge oui non
Date de Naissance :

La personne vie-t-elle seule ou en couple ?

Origine de la demande :

Nom :..... Prénom :
Lien avec le demandeur :
Adresse :
.....
Téléphone : Portable :

Personne à prévenir en cas d'urgence

Nom :..... Prénom :
Lien avec le demandeur :
Adresse :
.....
Téléphone : Portable :

Renseignements généraux

Nom du Médecin traitant :
Adresse :
Tel :

La personne bénéficie ci-t-elle d'un service d'aide à domicile ? Si oui quel organisme ?

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