

FICHE DE RENSEIGNEMENTS DISPOSITIF CANICULE

MADAME

MONSIEUR

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance

Date de naissance

L'inscription est demandée au titre :

- De personne en situation de handicap
- De personne âgée

Adresse précise :

.....

Détail (bâtiment, étage, n° appartement) :

Type de logement :

- Individuel
- Collectif
- Collectif avec gardien

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

PERSONNES REFERENTES

	PRIORITE 1	PRIORITE 2	PRIORITE 3
NOM			
PRENOM			
QUALITE (enfant, parent, voisin, ami)			
TEL DOMICILE			
TEL PORTABLE			
TEL PROFESSIONNEL			
ADRESSE PRECISE			

PRESTATIONS A DOMICILE

PRESTATIONS	OUI/NON	COORDONNEES	JOURS ET HORAIRES D'INTERVENTION
PORTAGE DE REPAS			
AIDE-MENAGERE			
TELE-ALARME			
SOINS A DOMICILE (SSIAD OU INFIRMIERE)			
AUTRE, PRECISEZ :			

Nom et coordonnées du médecin

traitant :

Autre(s) information(s) que vous souhaitez nous

communiquer :

.....

Vous vivez :

- Seul(e)
- En couple
- En famille
- Autre
(précisez).....
.....

J'accepte de communiquer les renseignements repris dans ce document au CCAS qui s'engage à en garder la confidentialité

J'autorise le CCAS à intégrer les informations de ce document au fichier des personnes à contacter

L'intéressé(e) peut consulter et modifier ces données en s'adressant au CCAS.

La radiation du registre peut être réalisée à la demande de l'intéressé ou en cas de départ de la commune.

Date de la demande :

Signature :