

**CANICULE
FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

Informations obligatoires

MADAME :.....
 Nom :.....
 Prénom :.....
 Nom de jeune fille.....
 Date de naissance :.....

Monsieur :.....
 Nom :.....
 Prénom :.....
 Date de naissance :.....

L'inscription est demandée au titre :

de personne en situation de handicap de personne âgée

Adresse précise :.....

Type de logement :

Individuel Collectif Collectif avec gardien

Téléphone fixe :

Téléphone portable :.....

Données complémentaires (sous réserve d'une demande d'avis à la CNIL)

Date et durée envisagées d'absence du domicile :

	PRIORITE 1	PRIORITE 2	PRIORITE 3
NOM			
PRENOM			
QUALITE (enfant, parent, voisin, ami ...)			
TEL. DOMICILE			
TEL. PORTABLE			
TEL. PROFESSIONNEL			
ADRESSE PRECISE			
DATE D'ABSENCE EN JUILLET			
DATE D'ABSENCE EN AOUT			

Prestations à domicile dont bénéficie la personne			
PRESTATIONS	OUI / NON	COORDONNEES	JOURS ET HORAIRES
PORTAGE DE REPAS			
AIDE-MENAGERE			
TELE-ALARME			
SOINS A DOMICILE (SSIAD OU infirmière)			
AUTRE, PRECISEZ :			

Nom et coordonnées du médecin traitant :

.....

Autres informations que vous souhaitez nous communiquer :

.....

Fréquentation de clubs ou autres structures-activités (précisez les jours et horaires) :

.....

Vous vivez Seul(e) En couple En famille

Autre (précisez) :

Mentions légales :

J'autorise le CCAS à intégrer les informations de ce document au fichier des personnes à contacter.
La radiation du registre peut être réalisée à la demande de l'intéressé ou en cas de départ définitif de la commune.

Date de la demande :

Signature :

Fiche à retourner au :

CCAS
19 Rue de la Mairie
57490 L'HOPITAL