

PLAN CANICULE

FORMULAIRE INDIVIDUEL D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE DE VEILLE SAISONNIÈRE

Centre communal d'action sociale
Espace SolACiTe, 286 rue Kléber
03 28 16 07 90 - ccas@ville-fachesthumesnil.fr
Du lundi au vendredi
de 8h30 à 12h et de 13h30 à 17h

<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur		
Nom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>		
Age : <input type="text"/>	Né(e) le : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
Adresse : <input type="text"/>			
Bâtiment : <input type="text"/>	Étage : <input type="text"/>	Porte : <input type="text"/>	Code : <input type="text"/>
Tél (domicile) : <input type="text"/>	Tél (mobile) : <input type="text"/>		
E-mail : <input type="text"/>	@ <input type="text"/>		

- Personne âgée de 65 ans et plus
 Personne âgée de plus de 60 ans si oui : Bénéficiaire de l'APA Reconnue inapte au travail
 Adulte en situation de handicap

Coordonnées de votre médecin traitant et des personnes intervenant régulièrement à votre domicile et horaires de présence

	Nom	Téléphone	Adresse	Horaire
Médecin	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aide à domicile	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aide soignante	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Infirmière	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre (précisez)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Questionnaire complémentaire et confidentiel

Vivez-vous seul ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Disposez vous d'un dispositif de téléalarme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Recevez vous régulièrement de la visite ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Pensez-vous vous absenter durant cette période ? <input type="checkbox"/> si oui : du <input type="text"/> au <input type="text"/> <input type="checkbox"/> non

Coordonnées des personnes à contacter en cas d'urgence

Contact n°1 (précisez votre lien : famille, amis, voisins...) : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
Nom : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>
Adresse : <input type="text"/>
Tél (domicile) : <input type="text"/>
Tél (mobile) : <input type="text"/>

Coordonnées des personnes à contacter en cas d'urgence

Contact n°2 (précisez votre lien : famille, amis, voisins...) : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
Nom : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>
Adresse : <input type="text"/>
Tél (domicile) : <input type="text"/>
Tél (mobile) : <input type="text"/>

Date et signature :