PLAN HIVERNAL

FORMULAIRE INDIVIDUEL D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE DE VEILLE SAISONNIÈRE

Centre communal d'action sociale
Espace SolACiTé, 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

☐ Madame ☐ Monsieur
Nom : Prénom :
Age : Né(e) le : / /
Adresse :
Bâtiment : Étage : Porte : Code :
Tél (domicile) : Tél (mobile) :
E-mail : @

☐ 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				
Aide à domicile				
Aide soignante				
Infirmière				
Autre (précisez)				

Questionnaire complémentaire et confidentiel

Vivez-vous seul ?
☐ Oui ☐ Non

Recevez vous régulièrement de la visite ?
☐ Oui ☐ Non

Disposez vous d'un dispositif de téléalarme
☐ Oui ☐ Non

Pensez-vous vous absenter durant cette période ?
☐ si oui : du au
☐ non

Coordonnées des personnes à contacter en cas d'urgence

Contact n°1 (précisez votre lien : famille, amis, voisins...) :
☐ Madame ☐ Monsieur
Nom :
Prénom :
Adresse :
Tél (domicile) :
Tél (mobile) :

Coordonnées des personnes à contacter en cas d'urgence

Contact n°2 (précisez votre lien : famille, amis, voisins...) :
☐ Madame ☐ Monsieur
Nom :
Prénom :
Adresse :
Tél (domicile) :
Tél (mobile) :

Date et signature :

FACHES-THUMESNIL