

PLAN HIVERNAL

FORMULAIRE INDIVIDUEL D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE DE VEILLE SAISONNIÈRE

CCAS - Maison des Aînés
103, rue Carnot
03 20 96 19 12 - maisondesaines@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	<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 ?

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 :