

# DISPOSITIF CANICULE

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### MADAME

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

L'inscription est demandée au titre de :  personne âgée  personne en situation de handicap

Adresse précise :

Type de logement :  individuel  collectif  collectif avec gardien

Téléphone fixe :

### MONSIEUR

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone portable :

## Données complémentaires

Date et durée envisagée d'absence du domicile :

### PERSONNE À PRÉVENIR

### PRIORITÉ 1

### PRIORITÉ 2

Nom

Prénom

Qualité (enfant, parent, voisin...)

Tél domicile

Tél portable

Adresse

Prestations à domicile dont bénéficie la personne :

### PRESTATIONS

### OUI/NON

### NOM - TÉLÉPHONE

### JOURS D'INTERVENTION

Aide-ménagère

oui  non

lundi  mardi  mercredi

jeudi  vendredi  samedi

Portage de repas

oui  non

Télé-alarme

oui  non

Soins à domicile (infirmière)

oui  non

Autres (précisez)

Nom et coordonnées du médecin traitant :

Autres informations que vous souhaitez nous communiquer :

Fréquentation de clubs ou autres structures-activités :

Vous vivez :

seul(e)

en couples

en famille

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.

J'accepte de recevoir les actualités et informations du CCAS

J'accepte de recevoir les actualités et informations des partenaires du CCAS

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 définitif de la commune.

Date de la demande

Signature

**Fiche à renvoyer :**

Par mail :

[ccas@saint-medard-en-jalles.fr](mailto:ccas@saint-medard-en-jalles.fr)

Par courrier :

CCAS

Service Prévention dépendance

Place de l'Hôtel-de-Ville - CS 60022

33167 SAINT-MÉDARD-EN-JALLES CEDEX

