



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

(à remplir par les personnes désirant figurer sur le registre « canicule »)

### VOTRE IDENTITE

Nom : ..... Prénom : .....

Entrée n° ..... Lettre appart<sup>1</sup> : ..... Etage : ..... Code entrée : .....

Rue : ..... Téléphone : ... / ... / ... / ... / ...

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Sexe : Féminin  Masculin

### VOUS ETES UNE PERSONNE

Agée ... de plus de 65 ans  ... de plus de 60 ans et déclarée inapte au travail  ou Handicapée

### VOTRE ENTOURAGE

✓ **Votre famille : Avez-vous**

... des enfants ? Oui  - Non  Si oui :

NOMS ET PRENOMS	ADRESSE PRECISE	CODE POSTAL ET VILLE	TELEPHONE

... des petits-enfants ? Oui  - Non  Si oui :

NOMS ET PRENOMS	ADRESSE PRECISE	CODE POSTAL ET VILLE	TELEPHONE

✓ **Vos proches, amis ou voisins**

NOMS ET PRENOMS	ADRESSE PRECISE	CP ET VILLE	LIENS	TELEPHONE

Avez-vous confié un double des clés de votre domicile ? Oui  - Non

Si oui, à qui ? .....

### BENEFICIEZ-VOUS D'UNE AIDE A DOMICILE ?

### COMBIEN DE FOIS PAR SEMAINE ?

	Qui	Non	1	2	3	4	5	Plus
Portage des repas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Télé assistance.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infirmière.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service à domicile.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Coordonnées des services intervenants à domicile :

.....  
.....

**COORDONNEES DE VOTRE MEDECIN**

Nom et adresse : .....  
.....

**VOTRE SITUATION**

✓ Partez-vous en vacances cet été ?

Non

Oui, à quelles dates : .....

✓ Recevez-vous régulièrement des visites ?

	Famille	Amis	Voisins
Tous les jours.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toutes les semaines.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tous les 15 jours.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une fois par mois.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jamais.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dates d'absence	Du ..... au.....	Du ..... au.....	Du ..... au.....

**VOS OBSERVATIONS :**

.....  
.....

Dans le cas où votre profil correspond une inscription dans le registre des personnes à risques peut être réalisée.

Accepteriez-vous d'y figurer ? Oui  - Non

Cette dernière sera confirmée par la transmission d'un récépissé sous huitaine.

**PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... Code postal et ville : .....

Téléphone : ... / ... / ... / ... / ... Lien de parenté : .....

**DATE - SIGNATURE :**

Les documents traités par le C.C.A.S. peuvent être enregistrés sur support informatique à l'usage de l'Administration. Les renseignements demandés sont nécessaires au traitement de votre dossier. A défaut de communication de l'un de ceux-ci, votre demande d'aide pourrait ne pas être instruite. Ils peuvent être communiqués aux tiers habilités en vertu de dispositions réglementaires ou légales. Conformément à la loi Informatique et Libertés, un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant peut s'exercer auprès du C.C.A.S. de FAREBERSVILLER.