

Plan Canicule 2023



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

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

VOTRE IDENTITE

Nom : Prénom :

Entrée n° Lettre appart¹ : 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 ?

	Oui	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.