

DISPOSITIF CANICULE 2021

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 couple

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

Par courrier :

CCAS

Service Prévention dépendance

Place de l'Hôtel-de-Ville - CS 60022

33167 SAINT-MÉDARD-EN-JALLES CEDEX

CENTRE
COMMUNAL
D'ACTION
SOCIALE
SAINT MÉDARD
EN JALLES

VILLE DE
SAINT MÉDARD
EN JALLES