

PLAN PRÉVENTION CANICULE 2024



Les personnes âgées, en situation de handicap ou isolées familialement ou géographiquement et vivant à leur domicile peuvent se faire connaître auprès du CCAS via ce formulaire. Ces données permettront de les prévenir d'éventuels risques de canicule et au besoin de les aider.

FORMULAIRE INDIVIDUEL D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE COMMUNAL DES PERSONNES VULNÉRABLES

Madame Monsieur

Nom :

Prénom :

Âge : Né (e) : / /

Adresse :

Tél (domicile) : Tél (portable) :

E-mail : @

Personne âgée de 65 ans et plus

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"/>
Autres (précisez)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Questionnaire complémentaire et confidentiel

Vous vivez seul ?

oui non

Recevez-vous régulièrement de la visite ?

oui non

Faites-vous vos achats alimentaires vous-même ?

oui non

Disposez-vous d'un dispositif de téléalarme ?

oui non

Pouvez-vous nous indiquer vos périodes d'absence

Juillet : du / / au / /

Août : du / / au / /

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 (portable) :

Période d'absence :

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 (portable) :

Période d'absence :