DEMANDE D'INSCRIPTION
REGISTRE CANICULE

Nom :.....
Prénom :.....
Date de naissance.....

Adresse :.....
.....

Bât :..... Entrée :..... Etage :.....

Téléphone Fi.....
Téléphone Porta.....

Personne à contacter :

Nom : .....
Prénom : .....
Qualité : .....
Tél : .....
Ville :.....

Bulletin rempli par :

- l'intéressé(e) ☐
- Autre ☐

Si autre

Nom : .....
Prénom : .....
Qualité : .....
Tél : .....
Date : .....

Signature :

Bénéficiez-vous :

-De la téléassistance :

Oui ☐
Non ☐

-Du portage des repas :

Oui ☐
Non ☐

-D'un service de soins à domicile :

Oui ☐
Non ☐

Si oui, jours et heures de passage :.....
.....

-D'une aide à domicile :

Oui
Non

Si oui, jours et heures de passage :.....
.....

Médecin traitant :

Nom : .....
Tél : .....

Partez-vous en vacances ?

Oui ☐ Dates :
Non ☐

NUMEROS UTILES

CCAS : 01.34.08.95.04

(Centre Communal d'Action Sociale)

SAMU : 15

POMPIERS : 18

N° d'urgence européen : 112

MEDECIN : [ ]