

INSCRIPTION

PLAN CANICULE 2023

Nom Prénom

Adresse

Date de naissance

Téléphone fixe Portable

- SITUATION** Vous vivez
- Avec un membre de la famille AIDANT au quotidien en cas de difficulté
 - Avec un membre de la famille NON AIDANT au quotidien en cas de difficulté
 - Seul(e)

AIDE A DOMICILE

Vous bénéficiez de service d'aide à domicile (*mettre une croix les jours d'intervention de l'organisme*)

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche	Nom de l'organisme
Aide à domicile								
Infirmière à domicile								
Téléassistance								
Portage de repas								
Autre								

COORDONNEES MEDECIN TRAITANT

PROTECTION JURIDIQUE

Bénéficiez-vous d'une protection juridique ? Oui Non

Si oui, précisez les coordonnées de votre tuteur ou curateur.....

FAMILLE

A quelle fréquence êtes-vous en lien avec vos proches ? (*Visites et/ou contacts téléphoniques*)

- 1 ou plusieurs fois /semaine
- 1 ou plusieurs fois /mois
- Quelques fois dans l'année
- jamais

POUVEZ-VOUS SORTIR SEUL(E) à l'extérieur de chez vous ? Oui Non

PERSONNE(S) A CONTACTER si vous ne répondez pas

Nom	Prénom	Adresse	Téléphone	Lien (famille, voisin, ami...)	Dispose des clés

ABSENCES PREVUES CET ETE

Pensez-vous vous absenter de votre domicile ? Oui

Non

Si oui, à quelle date ? Du

Au

Date

Signature

En cas d'absence imprévue ou de tout changement dans votre situation, merci d'informer le pôle prévention seniors du CCASS