

Plan communal "CANICULE"
PERSONNE A RECENSER

Date de la demande

Nom.....

Prénom

Date de naissance

Qualité au titre de laquelle vous demandez votre inscription :

- Plus de 65 ans
- Entre 60 et 65 ans, reconnu(e) inapte au travail
- Moins de 60 ans
 - Percevant l'A.A.H.
 - Percevant L'A.C.T.P.
 - Titulaire d'une carte d'invalidité
 - Reconnu(e) "travailleur handicapé"

Adresse

Téléphone

<p>Personne proche (voisin ou famille) pouvant intervenir <u>en cas d'urgence</u></p> <p>Nom-Prénom</p> <p>Adresse</p> <p>.....</p> <p>Téléphone</p>	<p>J'ai un service ou une personne qui m'aide : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Services Aide à Domicile : préciser lesquels</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Service de Portage de repas : préciser lequel</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Service de Téléassistance : préciser lequel</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Coordonnées du Médecin Traitant :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	---

INFORMATIONS FACULTATIVES destinées à améliorer la réponse en cas de crise

Je vis : Seul(e) En couple Autre (Préciser) :

J'ai de la visite de :

La famille : 1 fois par jour 1 fois/semaine Parfois Non

Un infirmier : 1 ou plusieurs fois par jour Plusieurs fois par semaine Non

Je serai seul(e) et sans visite

Du au

Je serai absent(e) de mon domicile

Du au

PERSONNE DEMANDANT LE RECENSEMENT

- La personne elle-même
- Un parent (1) – Lien de parenté :
- Un professionnel (1)
- Autre (1)

(1) Vos coordonnées :

Nom

Prénom

Adresse

.....

Téléphone

Le déclarant	Date	Signature

Formulaire à renvoyer à l'adresse suivante

**Recensement Plan communal "Canicule"
C.C.A.S. – Coordination Personnes Agées
6 ter, rue Maréchal Foch
22000 SAINT-BRIEUC.**