

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE CANICULE A COMPLETER

Prévu à l'article 1. 121-6-1 du code de l'action sociale et des familles

NOM :

Prénom :

Adresse :
.....

Date de naissance :

Téléphone (obligatoire) :

Téléphone portable :

Veillez cocher les cases vous correspondant

Quelle est votre situation ?

- personne âgée de 65 ans et plus
- de plus de 60 ans reconnue inapte au travail
- personne adulte handicapée

Etes-vous bénéficiaire :

- du téléalarme
- du portage de repas
- du service aide à domicile (C.C.A.S.)
- d'une aide à domicile d'un autre service

si oui Nom ou organisme :

Adresse :

..... Tél :

- de soins infirmiers dispensés par le service de soins infirmiers à domicile
- de soins infirmiers dispensés par un(e) infirmier(e) libéral(e)

si oui Nom ou cabinet :

Adresse :

..... Tél :

- d'un autre service d'accompagnement

si oui Nom ou organisme :

Adresse :

..... Tél :

Nom et coordonnées du médecin traitant :

.....
.....

NOM, prénom et coordonnées de la ou des personnes (enfants, amis, voisins) à contacter en cas d'urgence (les coordonnées téléphoniques sont indispensables) :

NOM : **Prénom :**

Adresse :

.....

Téléphone domicile : Travail :

Portable :

Lien (de parenté, voisin, ami) :

NOM : **Prénom :**

Adresse :

.....

Téléphone domicile : Travail :

Portable :

Lien (de parenté, voisin, ami) :

DATES D'ABSENCES PREVISIONNELLES ENTRE LE 01/06/2016 et le 31/08/2016 :

.....

.....

.....

.....

Date :

Signature de l'intéressé
ou du représentant légal :

Cadre réservé au service :

Date de réception de la demande :

Date d'expédition de l'accusé de réception :

Formulaire à retourner complété au :
C.C.A.S. - Espace Seniors.
160 rue Paul Vaillant Couturier – 94140 Alfortville