

**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

**Vous êtes une personne âgée, handicapée, isolée résidant à Alfortville**

**Vous avez déjà transmis la fiche les années suivantes**

**FAITES VOUS CONNAITRE !**

**REACTUALISEZ – LA !**

**LES SITUATIONS VOUS PERMETTANT D'ETRE RECENSES** cocher les cases correspondantes

**Vous avez :**

- + De 65 ans
- + De 60 ans et êtes reconnu(e) inapte au travail
- De 65 ans et êtes isolé(e)

**Ou bien**

**Vous êtes une personne en situation de handicap – préciser :** .....

.....

.....

**VOS COORDONNEES (ces informations sont essentielles pour vous contacter)**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Date de naissance :** ..... **Age :** .....

**Adresse :** .....

.....

**Téléphone (obligatoire) :** ..... **Téléphone portable :** .....

**Mail :** .....

**Personnes à contacter en cas de non réponse de votre part (par ordre de priorité)**

**Coordonnées de vos proches (préciser le lien : enfants, neveu, frère, voisins, amis, gardien)**

	Nom – Prénom	Lien	Téléphone	Mail
<b>Contact 1</b>				
<b>Contact 2</b>				
<b>Contact 3</b>				
<b>Contact 4</b>				
<b>Contact 5</b>				

**Médecin traitant**

Nom et n° de téléphone de votre médecin traitant : .....

**Intervenants à domicile (aide à domicile, SIAD, infirmiers libéraux ...)**

Nom et téléphone de chacun d'entre eux

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Autres renseignements**

Recevez-vous des visites OUI  NON

Si oui, précisez (voisins, famille, amis, aide à domicile, portage de repas, soins infirmiers) : .....

Combien de fois par semaine ? ..... Le Week-end

Pouvez-vous sortir seul (e) ? ..... OUI , sans difficultés  oui mais avec difficulté  NON

Bénéficiez-vous d'un dispositif de télé- assistance ? OUI  NON

Allez-vous être absent ( e) cet été et à quelles dates .....

*J'accepte de communiquer les renseignements repris dans ce document au CCAS qui s'engage à garder la confidentialité.*

Remplie par .....

Le .....

Signature

Formulaire à retourner compléter au  
CCAS Espace Seniors  
160 Paul Vaillant Couturier – 94140 Alfortville