

FICHE DE RENSEIGNEMENTS PLAN CANICULE

A renvoyer au CCAS

Madame : Nom :	Monsieur : Nom :
Prénom :	Prénom :
Nom de naissance :	
Date de naissance :	Date de naissance :

Adresse précise :	N° de téléphone : Fixe : Portable:
	Adresse mail :

L'inscription est demandée au titre de :	<input type="checkbox"/> Personne âgée
	<input type="checkbox"/> Personne en situation de handicap
	<input type="checkbox"/> Autres:
Qui fait la demande d'inscription ?	<input type="checkbox"/> Vous-même
	<input type="checkbox"/> Un tiers
Si fait par un tiers, qualité :	<input type="checkbox"/> Membre de la famille
	<input type="checkbox"/> Aide à domicile
	<input type="checkbox"/> Tuteur / curateur
	<input type="checkbox"/> Voisin / ami
	<input type="checkbox"/> Autres :

Service intervenant à domicile :	Nom:
	Tél :

Personne à contacter en cas d'urgence :	Nom / prénom :	Nom / prénom :
	Qualité :	Qualité :
	Tél :	Tél :

J'autorise le CCAS à intégrer les informations de ce document au fichier des personnes à contacter. La radiation du registre peut être réalisée à la demande de l'intéressé ou en cas de départ définitif de la commune.

Date :

Signature :