

PREVENTION CANICULE
FICHE DE RENSEIGNEMENTS

PERSONNE A INSCRIRE

Nom :..... **Prénom(s) :**.....

Date de naissance :.....

Adresse :.....

.....

N° de téléphone(s) :.....

Situation Familiale : Seul En couple

Hébergement : A domicile En famille En établissement

Autre :.....

Niveau d'autonomie : **Autonome** **Aide partielle** **Aide totale**

Déplacement à l'intérieur du domicile :

Déplacement à l'extérieur du domicile :

Communication à distance :

(Téléphone, sonnette, alarme...)

Médecin traitant :

Service Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) : **Oui** **Non**

Infirmier(e) Libéral(e) :

Services du CCAS : Aide à domicile Portage de repas téléalarme

Autre :

PERSONNE À PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom :..... **Prénom(s) :**.....

Qualité :

Adresse :

N° de Tél. (s) :

Dans le cas où la demande est effectuée par une tierce personne :

Nom/ Prénom et coordonnées :.....

Observations:

Date :

Signature :