

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
PREVENTION CANICULE
 A compléter et à retourner au CCAS 29 rue Mazzini
 11 100 Narbonne
 ccas@mairie-narbonne.fr

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 :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement à l'extérieur du domicile :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication à distance : (Téléphone, sonnette, alarme...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 :