

PLAN CANICULE 1^{er} juin au 30 aout 2020
Fiche d'inscription confidentielle
Personne de + 65ans et Personne handicapée de + 60ans

A retourner : auprès de votre **mairie ou au
CIAS de Chinon, Vienne et Loire
14, rue Paul Huet - 37500 CHINON - 02.47.93.92.86.**

Je m'inscris :

NomPrénom Date de naissance

Adresse

Commune

Téléphone Portable

Autre personne à domicile :

NomPrénom Date de naissance

Les intervenants à votre domicile :

<input type="checkbox"/> ASSAD <input type="checkbox"/> Service + <input type="checkbox"/> Autre Service à domicile, lequel : <input type="checkbox"/> Emploi direct, coordonnées..... <input type="checkbox"/> Soins infirmiers à domicile <input type="checkbox"/> Infirmier(e), coordonnées.....	<input type="checkbox"/> ADMR <input type="checkbox"/> Age d'or services	Portage de repas à domicile : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Lequel :..... Téléalarme : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Laquelle :..... Médecin traitant :
--	---	---

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence :

NomPrénom Lien avec vous :

Adresse

Téléphone Portable

NomPrénom Lien avec vous :

Adresse

Téléphone Portable

Si vous êtes absent de votre domicile au cours de cette période, merci de nous indiquez les dates :
Du.....au..... / du.....au.....

Votre entourage est absent pendant l'été, vous vous sentez seul(e), vous souhaitez que nous prenions de vos nouvelles par un appel téléphonique régulier en juillet et aout :

- Je m'inscris au service « p'tit plus » : oui non

DATE :.....

SIGNATURE OBLIGATOIRE :

A LA DEMANDE D'UN TIERS

Fiche d'inscription confidentielle

A retourner : auprès de la **mairie** ou au
CIAS de Chinon, Vienne et Loire
14, rue Paul Huet - 37500 CHINON - 02.47.93.92.86

Identification du tiers : Nom : Prénom :

Agissant en qualité de :

- Représentant légal
 Service d'aide ou de soins infirmiers à domicile
 Médecin traitant
 Autre :

Personne concernée :

- Une personne âgée de 65 ans et plus.
 Une personne âgée de 60 ans, adulte handicapé.

NomPrénom Date de naissance

Adresse

Commune

Téléphone Portable

Les intervenants à votre domicile :

<input type="checkbox"/> ASSAD	<input type="checkbox"/> ADMR	Portage de repas à domicile : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Lequel :..... Téléalarme : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Laquelle :..... Médecin traitant :
<input type="checkbox"/> Service +	<input type="checkbox"/> Age d'or services	
<input type="checkbox"/> Autre Service à domicile, lequel :		
<input type="checkbox"/> Soins infirmiers à domicile		
<input type="checkbox"/> Emploi direct, coordonnées.....		
<input type="checkbox"/> Infirmier(e), coordonnées.....		

Si la personne est absente de son domicile au cours de cette période, merci de nous indiquer les dates :
Du.....au..... / duau.....

Son entourage est absent pendant l'été, vous souhaitez que nous prenions de ses nouvelles par un appel téléphonique régulier en juillet et aout :

- Je l'inscris au service « p'tit plus » : oui non

DATE :

SIGNATURE OBLIGATOIRE :