



PLAN CANICULE 1^{er} juin au 15 septembre 2019
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 :

Nom Prénom Date de naissance

Adresse

Commune

Téléphone Portable

Autre personne à domicile :

Nom Prénom Date de naissance

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

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

Nom Prénom Lien avec vous :

Adresse

Téléphone Portable

Nom Prénom Lien avec vous :

Adresse

Téléphone Portable

Si vous êtes absent de votre domicile au cours de cette période, merci de nous indiquer 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.

Nom Prénom 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 :
<input type="checkbox"/> Service +	<input type="checkbox"/> Age d'or services	
<input type="checkbox"/> Autre SAD		
<input type="checkbox"/> Soins infirmiers à domicile		
<input type="checkbox"/> Infirmier(e), coordonnées.....		
<input type="checkbox"/> Emploi direct, coordonnées.....		
		Téléalarme : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Laquelle :
		Médecin traitant :

Si la personne est absente de son domicile au cours de cette période, merci de nous indiquer 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 :