

FICHE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE MUNICIPAL CANICULE ANNÉE 2022

IDENTITÉ DE LA PERSONNE OU DU COUPLE QUI S'INSCRIT

Madame : Prénom :

Date de naissance :

Monsieur : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

N° de téléphone : Tél. Portable :

Adresse messagerie :

QUI DEMANDE L'INSCRIPTION

Signature
de la personne concernée

VOTRE ENTOURAGE

Nom

Prénom

N° Tél :

Lien de parenté :

Signature

VOTRE REPRÉSENTANT LÉGAL

Nom

Prénom

N° Tél :

Signature

PERSONNE(S) À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : Prénom :

Lien avec la personne âgée :

N° de téléphone : Tél. Portable :

Adresse messagerie :

Nom : Prénom :

Lien avec la personne âgée :

N° de téléphone : Tél. Portable :

Adresse messagerie :

COORDONNÉES DE VOTRE MÉDECIN TRAITANT

Nom :

N° de Téléphone :

DURANT L'ÉTÉ QUI VOUS CONTACTE ?

Merci de cocher la bonne case

| | Tous les jours | Plusieurs fois/semaine | Plusieurs fois/mois | Jamais |
|---------|----------------|------------------------|---------------------|--------|
| Famille | | | | |
| Voisin | | | | |
| Ami | | | | |

Serez-vous absent(e) cet été ? OUI NON

Si oui merci de préciser les dates ou bien de nous en informer par téléphone (Tél : 02 31 20 47 20)

Date :

En cas de déclenchement du dispositif canicule cet été, si, ni vous ni l'un de vos contacts mentionnés sur votre inscription ne seraient en mesure de répondre au téléphone, une visite à votre domicile sera effectuée par un agent de la Ville. En cas de non-réponse de votre part et par souci de précaution, il sera fait appel aux pompiers.

VOS SERVICES INTERVENANT À VOTRE DOMICILE

| | Nom et coordonnées du service | Jours de passage dans la semaine | | | | | | |
|---------------------------|-------------------------------|----------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| | | L | M | M | J | V | S | D |
| Téléassistance | | | | | | | | |
| Service d'aide à domicile | | L | M | M | J | V | S | D |
| Emploi direct/CESU | | L | M | M | J | V | S | D |
| Portage repas à domicile | | L | M | M | J | V | S | D |
| Cabinet infirmier | | L | M | M | J | V | S | D |
| Aide soignante / SSIAD | | L | M | M | J | V | S | D |
| Visite bénévoles | | L | M | M | J | V | S | D |
| Autres services | | L | M | M | J | V | S | D |

VOTRE LOGEMENT

- Votre logement est-il équipé de volets ? oui non
- Pouvez-vous les ouvrir et les fermer facilement ? oui non
- Votre logement reste-t-il frais l'été ? oui non
- Disposez-vous d'un ventilateur, climatisation, brumisateur ? oui non

VOS DÉPLACEMENTS

- Vous déplacez-vous facilement à l'intérieur de chez vous ? oui non
- Vous déplacez-vous seul(e) à l'extérieur de chez vous ? oui non

MERCI DE VOS RÉPONSES

Document à retourner :

Centre Communal d'Action Sociale
De Saint-Pierre-en-Auge
2, Rue de Falaise
Saint-Pierre-sur-Dives
14170 Saint-Pierre-en-Auge