CHINON VIENNE & LOIRE
Communauté de communes

PLAN CANICULE 1er juin au 31 août 2018
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 :

☐ ASSAD ☐ ADMR ☐ Service + ☐ Age d'or services ☐ Autre SAD ☐ Soins infirmiers à domicile ☐ Infirmier(e), coordonnées..... ☐ Emploi direct, coordonnées.....	Portage de repas à domicile : ☐ oui ☐ non Lequel :..... Téléalarme : ☐ oui ☐ 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 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.

Nom .....Prénom ..... Date de naissance .....

Adresse .....

Commune .....

Téléphone ..... Portable .....

Les intervenants à votre domicile :

☐ ASSAD ☐ ADMR ☐ Service + ☐ Age d'or services ☐ Autre SAD ☐ Soins infirmiers à domicile ☐ Infirmier(e), coordonnées..... ☐ Emploi direct, coordonnées.....	Portage de repas à domicile : ☐ oui ☐ non Lequel :..... Téléalarme : ☐ oui ☐ non Laquelle :..... Médecin traitant : ....

Si la personne est absente de son 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 :**