

REGISTRE PLAN CANICULE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

à retourner au Centre Communal d'Action Sociale
 Hôtel de Ville : 48 avenue Charles-de-Gaulle - 91600 SAVIGNY-SUR-ORGE
 Tel : 01.69.54.40.81/ Fax : 01.69.54.40.85
 ccas-senior@savigny.org

MADAME	MONSIEUR
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Nom de jeune fille :	
Date de naissance :	Date de naissance :

Adresse précise :

 Indications complémentaires : (bâtiment, étage, n° appartement)

 Type de logement : individuel immeuble collectif collectif avec gardien

Tél fixe:..... Tél.portable.....

Précisez si vous vivez :

Seul(e): oui / non
en famille : oui / non
autres situations :

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE PAR ORDRE DE PRIORITE:

PRIORITE 1
 Nom/ Prénom : lien de parenté * :

Tél Dom:..... Tél.professionnel.....
 Tel Portable :

PRIORITE 2
 Nom/ Prénom : lien de parenté * :

Tél Dom:..... Tél.professionnel.....
 Tel Portable :

PRIORITE 3
 Nom/ Prénom : lien de parenté * :

Tél Dom:..... tél.professionnel.....
 Tel Portable :

- * voisins, amis, autres

MEDECIN TRAITANT :

Nom :tél :

PRESTATIONS A DOMICILE DONT VOUS BENEFICIEZ :

Prestations	oui	non	Coordonnées	Jours et heures d'intervention
<u>Soins à domicile</u> ASSAD Infirmier(e) libéral(e)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<u>Aide-ménagère ou auxiliaire de vie</u> ASAMAD AGEF MG Services Autres	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Portage des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<u>Téléalarme</u> Vitaris Autres	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

VISITES A DOMICILE :

	oui	non	Fréquence des visites	
famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tous les jours <input type="checkbox"/>	au moins 1 fois/semaine <input type="checkbox"/>
			de temps en temps <input type="checkbox"/>	
amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tous les jours <input type="checkbox"/>	au moins 1 fois /semaine <input type="checkbox"/>
			de temps en temps <input type="checkbox"/>	
autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tous les jours <input type="checkbox"/>	au moins 1 fois/semaine <input type="checkbox"/>
			de temps en temps <input type="checkbox"/>	

Avez-vous l'habitude de vous absenter l'été : oui / non

Périodes d'absence cet été	Dates	
Juin	du	au
Juillet	du	au
Août	du	au

Autres informations ou difficultés que vous souhaitez nous communiquer :

.....
.....
.....
.....
.....

Date

Signature