

Madame

Monsieur

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Date de naissance :

Date de naissance :

Adresse :

Détails (bâtiment, étage, n° d'appartement, code entrée) :

Téléphone fixe :Téléphone portable :

Adresse mail :

Type de logement : (rayer les mentions inutiles) :

Individuel

Maison sans étage

Maison avec étages

Appartement

Collectif

Collectif avec gardien

Ascenseur : Oui Non

SITUATION PERSONNELLE

Situation familiale : Seul(e)

En couple

En famille

Téléalarme : Oui

Non

Si oui laquelle :

Climatisation : Oui

Non

Ventilateur : Oui

Non

Hospitalisations régulières : Oui Non

Déplacement au domicile : Seul(e) Canne(s) Déambulateur Fauteuil Roulant Immobilité

Autres difficultés :

Difficultés particulières liées à : Isolement

Habitat

Déplacement

Autre

Enfant(s) : Oui

Non

Si oui : à proximité éloigné(s)

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

NOM:Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe :Téléphone Portable :

Je demande à figurer sur le registre canicule et risques exceptionnels afin d'être contacté(e) en cas de déclenchement du Plan d'Alerte et d'Urgence.

Je m'engage à signaler à l'Accueil Seniors Handicap tout changement intervenant en cours d'année (adresse, n° de téléphone, personne à contacter, mes absences prévues vacances, cures...) de manière à éviter les appels et recherches inutiles. La radiation peut se faire à tout moment sur simple demande écrite.

INTERVENTION(S) AU DOMICILE

	Fréquence	Nom et Adresse de l'intervenant	Téléphone de l'intervenant
Service d'aide à domicile	<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/>fois par semaine <input type="checkbox"/> Moins souvent	<input type="checkbox"/> CCAS <input type="checkbox"/> AUTRE.....	
Portage de repas à domicile	<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> fois par semaine <input type="checkbox"/> Moins souvent	<input type="checkbox"/> CCAS <input type="checkbox"/> AUTRE.....	
Soins infirmiers à domicile	<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> fois par semaine <input type="checkbox"/> Moins souvent	
Autres services. Précisez :	<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/>fois par semaine <input type="checkbox"/> Moins souvent	
Contact famille/entourage (visite à domicile ou appels)	<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> fois par semaine <input type="checkbox"/> Moins souvent	

PERSONNE(S) À PRÉVENIR EN CAS DE BESOIN

Nom Prénom	Adresse	Téléphone fixe et/ou Téléphone portable	Lien de parenté

Si vous remplissez ce questionnaire pour le bénéficiaire, précisez vos coordonnées :

NOM : Prénom :

Adresse.....

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Lien de parenté : Autre :

Je consens à ce que les **données relatives à mon état de santé** soient enregistrées dans le « registre nominatif » des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence au profit des personnes âgées et des personnes en situation de handicap en cas de risques exceptionnels.

Fait à Pessac, le/...../2023

Signature :