

PLAN CANICULE 2025 (A remplir)

Informations sur le bénéficiaire :

MADAME / MONSIEUR

Nom

Nom de jeune fille

Prénom :

Date de naissance

Adresse précise :

..... 14400 BAYEUX

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Adresse mail :@.....

L'inscription est demandée au titre :

- ☐ de personne en situation de handicap
- ☐ de personne âgée

Type de logement actuel:

- ☐ Individuel
- ☐ Collectif
- ☐ Collectif avec gardien

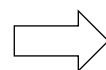
Vous vivez :

- ☐ Seul(e)
- ☐ En couple
- ☐ En famille, précisez.....

Informations complémentaires

Personne(s) avec qui le demandeur est en contact et à prévenir en cas d'urgence :

	PRIORITE 1	PRIORITE 2	PRIORITE 3
NOM			
PRENOM			
QUALITE (enfant, parent, voisin, ami...)			
TEL DOMICILE			
TEL PROFESSIONNEL			
ADRESSE PRECISE			
DATE D'ABSENCE (Juillet- Août)			



Prestations à domicile dont bénéficie la personne :

Bénéficiez-vous d'aides à domicile ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, merci de préciser :

	Nom et Coordonnées du service d'aide à domicile	Jours et Horaires d'intervention
PORTAGE DE REPAS		
AIDE-MENAGERE		
TELE-ALARME		
SOINS A DOMICILE (SSIAD ou INFIRMIERE)		
AUTRE, PRECISEZ :		

Autre

Nom et coordonnées du médecin traitant :

Autres informations que vous souhaitez nous communiquer :

Fréquentation de clubs ou autres structures-activités (précisez les jours et horaires) :

Autre (précisez) :

Mentions légales :

J'accepte de communiquer les renseignements repris dans ce document au CCAS qui s'engage à en garder la confidentialité ; J'autorise le CCAS à intégrer les informations de ce document au fichier des personnes à contacter L'intéressé(e) peut consulter et modifier ces données en s'adressant au CCAS.

La radiation du registre peut être réalisée à la demande de l'intéressé ou en cas de départ définitif de la Commune.

Date de la demande :

Signature :