

VEILLE SAISONNIERE CANICULE / VAGUE DE FROID

Formulaire à remplir par le demandeur (ou, à sa demande, par un tiers)

BÉNÉFICIAIRE

Nom : Prénom :
Né (e) le :/...../..... à
Adresse :
Téléphone fixe : Téléphone portable :

Personne à mobilité réduite Personne sur fauteuil roulant

Vous vivez:

Seul (e) En couple Autre :

Si la demande d'inscription est formulée par un tiers :

Nom : Prénom :
Adresse :
Téléphone fixe : Téléphone portable :

INFORMATIONS

Personne de votre entourage à contacter en cas de besoin :

Nom	Lien de parenté	Téléphone	Commune de résidence

Disposez-vous d'un système de téléassistance : oui non

Disposez-vous d'un système de climatisation ou de ventilation : oui non

De quel moyen de chauffage disposez-vous : électrique gaz fioul bois autre :

PRISE EN CHARGE SANITAIRE ET SOCIALE

Nom du médecin traitant : Téléphone :

Infirmière ou soins à domicile réguliers
Nom :
Téléphone :
Jours d'intervention :

Service d'aide à domicile
Nom :
Téléphone
Jours d'intervention

Portage des repas
Nom :
Téléphone :

Période d'absence de votre domicile : En été :
En hiver :

Date :

Signature :

**MERCI DE REMPLIR ET RETOURNER CE QUESTIONNAIRE AU:
C.C.A.S. de Villefranche de Rgue – Promenade du Guiraudet – 12200 Villefranche de Rgue – 05 65 65 16 41**