**PLAN CANICULE**

**DEMANDE D’INSCRIPTION**

**REGISTRE DES PERSONNES FRAGILES ET ISOLEES**

**Prévu à l’article L 121-6-1 du Code de l’action sociale et des familles**

**Vous pouvez demander une inscription plus rapidement en téléphonant directement auprès de la Résidence Autonomie 02.38.97.33.22**

**Document Confidentiel**

**A remplir soit** : **Puis à adresser** :

Par la personne âgée ou MAIRIE DE COURTENAY

La personne en situation de handicap 1 PLACE HONORE COMBE

Par son représentant légal 45320 COURTENAY

Par un parent ou un proche

**L’INSCRIPTION CONCERNE**

Nom : …………………………………………………….PRENOM : …………………………………….

Date de naissance ou âge : ……………………………………………………………………………….

Adresse précise :……………………………………………………………………………………………

Etage :……………………………………………………Numéro Apprt : ………………………………

Téléphone : ……………………………………………..Portable : ………………………………………

Situation de famille : [ ] seul(e) [ ] en couple

Enfant(s) : [ ] oui [ ] non Si oui [ ] à proximité [ ] éloigné(s)

Médecin traitant :…………………………………………Téléphone : ………………………………….

Déclare bénéficier de l’intervention

[ ] d’un service d’aide à domicile

Lundi [ ]  Mardi [ ]  Mercredi [ ]  Jeudi [ ]  Vendredi [ ]  Samedi [ ]  Dimanche [ ]

Intitulé du service : ………………………………………Téléphone : ……..……………………………

[ ] d’un service de soins infirmiers

Lundi [ ]  Mardi [ ]  Mercredi [ ]  Jeudi [ ]  Vendredi [ ]  Samedi [ ]  Dimanche [ ]

Intitulé du service :……………………………………….Téléphone : …………………………………..

[ ] personne disposant de clé : [ ] oui………[ ] non

Nom :………………………………..……………………Téléphone : …………………………….…….

[ ] Dispositif de Télé-alarme : [ ] oui………[ ] non

**PERSONNE A PREVENIR**

**Priorité 1**

Nom et prénom : ……………………………………………………………………………………………

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………….…...……………………………………………………..

Téléphone fixe : ………………………………………..Téléphone portable :…………………………..

Liens familiaux ou amicaux : ……………………………………..

**Priorité 2**

Nom et prénom : ……………………………………………………………………………………………

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………….…...……………………………………………………..

Téléphone fixe : ………………………………………..Téléphone portable :…………………………..

Liens familiaux ou amicaux : ……………………………………..

**BULLETIN REMPLI PAR**

[ ] L’intéressé [ ] Autre

Si autre : précisé : Nom :…………………………………Prénom : …………………………...….

 Qualité : …………………………………………………………………………...

 Téléphone : ……………………………………………………………………….

Fait à Courtenay, le ……../…../2020

Signature

Le présent formulaire doit être adressé à :

La Mairie de Courtenay

Commission Santé-Aînés

Ou déposer dans la boîte mise à disposition à l’entrée de la Mairie