**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