



**PLAN CANICULE** 1<sup>er</sup> juin au 31 août 2019

Fiche confidentielle d'inscription

A retourner : auprès de votre **mairie** ou au  
**CCAS** de Saint-Gildas-de-Rhuys  
 rue de Saint Goustan – 56730 SAINT-GILDAS-DE-RHUYS  
 02.97.45.23.15

**ÉTAT CIVIL**

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	ADRESSE COMPLÈTE	TÉLÉPHONE
-				
-				

Je m'inscris sur cette liste car :

- Je suis une personne âgée de 65 ans et plus.
- Je suis une personne âgée de 60 ans, adulte handicapé.

**SERVICES A DOMICILE** dont je bénéficie :

<p>Aide et/ou soins à domicile :</p> <p><input type="checkbox"/> SSIAD <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> ADMR</span></p> <p><input type="checkbox"/> Proxim'Services</p> <p><input type="checkbox"/> Soins infirmiers à domicile</p> <p><input type="checkbox"/> Infirmier(e), coordonnées.....</p> <p><input type="checkbox"/> Emploi direct, coordonnées.....</p>	<p>Portage de repas à domicile : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Lequel :.....</p> <p>Téléalarme : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Laquelle :.....</p> <p>Médecin traitant : .....</p> <p>.....</p>
--	---

## PERSONNE(S) A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Précisez, enfant, voisin,	NOM	PRÉNOM	ADRESSE	TÉLÉPHONE Fixe ou portable
-				
-				
-				

Si vous êtes absent de votre domicile au cours de cette période, merci de nous indiquer les dates :

Du.....au.....et

du .....au.....

DATE :.....

SIGNATURE

OBLIGATOIRE :

**A LA DEMANDE D'UN TIERS**  
FICHE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF

A retourner : auprès de votre **mairie** ou au  
**CCAS** de Saint-Gildas-de-Rhuys  
rue de Saint Goustan – 56730 SAINT-GILDAS-DE-RHUYS  
02.97.45.23.15

Identification du tiers : Nom : ..... Prénom : .....

Agissant en qualité de :

- Représentant légal
- Service d'aide ou de soins infirmiers à domicile
- Médecin traitant
- 

Autre : .....

État civil de la personne concernée :

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	ADRESSE COMPLÈTE	TÉLÉPHONE
-				
-				

Je demande l'inscription de cette personne parce qu'elle est :

- Une personne âgée de 65 ans et plus.
- Une personne âgée de 60 ans, adulte handicapé.

Les services à domicile dont elle bénéficie :

<p>Aide et/ou soins à domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> SSIAD</li><li><input type="checkbox"/> Proxim'Services</li><li><input type="checkbox"/> Soins infirmiers à domicile</li><li><input type="checkbox"/> Infirmier(e), coordonnées.....</li><li><input type="checkbox"/> Emploi direct, coordonnées.....</li></ul>	<p>Portage de repas à domicile : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Lequel : .....</p> <p>Téléalarme : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Laquelle : .....</p> <p>Médecin traitant : .....</p> <p>.....</p>
--	---

Si elle est absente de son domicile au cours de cette période, merci de nous indiquer les dates :

Du.....au..... et  
du .....au.....

DATE : .....

SIGNATURE OBLIGATOIRE :