



PLAN CANICULE 1^{er} juin 2026 au 31 août 2026

Fiche confidentielle d'inscription

A retourner : auprès de votre **mairie** ou au
CCAS de Saint-Gildas-de-Rhuy
 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 <input type="checkbox"/> ADMR</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 :</p> <p><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

duau.....

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 :

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

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

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

DATE :

SIGNATURE OBLIGATOIRE :