



FICHE CONFIDENTIELLE D'INSCRIPTION REGISTRE CANICULE

MOTIF DE L'INSCRIPTION	<input type="checkbox"/> Je suis âgée(e) de + de 65 ans <input type="checkbox"/> Je suis une personne adulte handicapée <input type="checkbox"/> Je suis âgé(e) de + de 60 ans et reconnu(e) inapte au travail
-------------------------------	--

IDENTITÉ DU DEMANDEUR	
NOM Prénom	
Date de naissance	
Situation familiale	
Adresse complète	
Numéro de téléphone	

IDENTITÉ DE LA TIERCE PERSONNE (Si l'auteur de la demande n'est pas en capacité de s'inscrire)	
NOM Prénom	
Lien avec le demandeur (famille, entourage, professionnel)	

SERVICE D'AIDE À DOMICILE DONT VOUS BÉNÉFICIEZ (Cochez les jours d'intervention de chaque organisme)							
Nom de l'organisme	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bénéficiez-vous d'un service de soins à domicile ? OUI NON

Si oui, précisez le nom de l'organisme :

Bénéficiez-vous d'une télalarme ? OUI NON

Si oui, précisez le nom de l'organisme :

PERSONNE(S) À CONTACTER SI VOUS ÊTES INJOIGNABLE

(Si possible proche de chez vous)

1^{ère} personne**NOM Prénom****Qualité**

(Enfant, voisin, ami...)

Adresse**Numéro de téléphone****Dispose des clés de mon domicile** OUI NON**2^{ème} personne****NOM Prénom****Qualité**

(Enfant, voisin, ami...)

Adresse**Numéro de téléphone****Dispose des clés de mon domicile** OUI NON**3^{ème} personne****NOM Prénom****Qualité**

(Enfant, voisin, ami...)

Adresse**Numéro de téléphone****Dispose des clés de mon domicile** OUI NON**VOTRE SITUATION DURANT LA PÉRIODE DE VEILLE SAISONNIÈRE**(Du 1^{er} juin au 31 août)**Vous vivez...** Seule En couple En famille**Vous recevez une visite amicale et/ou
familiale...****Vous avez des voisins proches auprès de
qui vous pourriez demander de l'aide** OUI NON

VOTRE LOGEMENT (En cas de forte chaleur)	
Type de logement	<input type="checkbox"/> Appartement <input type="checkbox"/> Maison
Votre logement se situe sous les toits	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Votre logement est exposé plein sud	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Votre logement dispose de baies vitrées	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Votre logement dispose de volets	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Votre logement dispose d'un sous-sol	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Votre logement est climatisé	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Vous disposez d'un ventilateur	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Votre logement reste frais	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
VOTRE ALIMENTATION ET VOTRE SANTÉ	
Mangez-vous au moins 3 fois par jour ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Buvez-vous de l'eau en bouteille ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si vous buvez de l'eau en bouteille, avez-vous des réserves ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous un médecin traitant ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Bénéficiez-vous d'un service de livraison de repas à domicile ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
LES ABSENCES PRÉVUES DE CET ÉTÉ	
Pensez-vous vous absenter de votre domicile ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, à quelle date ?	Du.....au.....
Pensez-vous que votre entourage va s'absenter ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, à quelle date ?	Du.....au.....

Fait à :

Le :

Signature :



En cas d'absence imprévue ou pour tout changement dans votre situation, merci de prévenir la cellule canicule à l'Espace Germaine TILLION - 3 Rue du Château d'Eau ou au 03 80 41 54 46