# FICHE INSCRIPTION AU PLAN CANICULE ET RISQUES MAJEURS

| | |
|---|---|
| **Madame Nom :** | **Monsieur Nom :** |
| **Prénom:** | **Prénom :** |
| **Téléphone Fixe:** | **Téléphone fixe :** |
| **Téléphone portable:** | **Téléphone portable :** |
| **E mail :** | **E mail :** |
| **Adresse** : | |
| **Date de naissance :** | **Date de naissance :** |
| **Situation de famille :** | **Situation de famille :** |

**ÊTES VOUS UNE PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP** ☐ Oui ☐ Non

**ETES VOUS UTILISATEUR D'UNE DE NOS PRESTATIONS CI-DESSOUS** :

**Portage de repas** ☐ Oui ☐ Non **Télé alarme** ☐ Oui ☐ Non

**Gym** ☐ Oui ☐ Non **Recampado** ☐ Oui ☐ Non **Adraiado** ……. ☐ Oui ☐ Non

| | | |
|---|---|---|
| **ENFANT OU PERSONNE A PREVENIR**<br>Nom Prénom……<br>Adresse……<br>……<br>……<br>N° téléphone……<br>…… | **MEDECIN TRAITANT**<br>Nom Prénom……<br>Adresse……<br>……<br>……<br>N° téléphone……<br>…… | **SOINS A DOMICILE**<br>Nom Prénom……<br>Adresse……<br>……<br>……<br>N° téléphone……<br>…… |
| **SERVICE A DOMICILE**<br>Nom Association……<br>Adresse……<br>……<br>……<br>N° téléphone……<br>…… | **TYPE DE LOGEMENT :**<br>**collectif** ☐ ☐ui ☐ ☠on<br>**individuel** ☐ ☐ui ☐ ☠on | **SERVICE OBLIGATAIRE**<br>(tuteur – curateur – mandataire)<br>Nom ……<br>Adresse……<br>……<br>……<br>N° téléphone…… |

**PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

Nom Prénom ……

Adresse ……

……

Téléphone …… Lien avec la personne……

**Êtes vous d'accord pour être inscrit sur le site « CASSIS ALERTE »** ☐ Oui ☐ Non

**Mentions légales : J'accepte de communiquer les renseignements repris sur cette fiche au CCAS qui s'engage à en garder la confidentialité et j'autorise le CCAS à intégrer mes informations au fichier des personnes à contacter. L'intéressé peut consulter et modifier ces données en s'adressant au ccas.**

CASSIS, le ……/……/20.. Signature

**Cette fiche est à renvoyer à : CCAS Ville de CASSIS – 10 rue Adolphe THIERS – 13260 CASSIS**

Pour toute information vous pouvez contacter le CCAS au **: 04 42 18 36 87**