

**REGISTRE DES PERSONNES VULNERABLES – PLAN CANICULE 2024**

**Formulaire d’inscription nominatif**

**Bénéficiaire(s)** : Madame ❒ – Monsieur ❒ - **Au titre de :** personne en situation de handicap oui ❒ non ❒

personne âgée oui ❒ non ❒

femme enceinte oui ❒ non ❒

personne souffrant de maladie chronique oui ❒ non ❒

Nom – Prénom(s) ............................................................................................................................................ Date de naissance...........................................................................................................................

Nom – Prénom(s) ............................................................................................................................................ Date de naissance...........................................................................................................................

Adresse......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Téléphone 1. ..................................................................... ……Téléphone 2.................................................................................. Courriel ...............................................................................................................

### **Vous vivez :** Seul(e) : Oui ❒ - Non ❒ - Avez-vous des appels réguliers de vos proches ? Oui ❒ Non ❒

Merci de nous préciser **si vous devez vous absenter de votre domicile** :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| juin | du | au | 2024 |
| juillet | du | au | 2024 |
| août | du | au | 2024 |

**FICHE CONTACTS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PERSONNE(S) A CONTACTER EN CAS D’URGENCE** | **SERVICE A DOMICILE** | **PRISE EN CHARGE SANITAIRE** |
| Nom prénom  ……………………………………………………………..  Lien avec l’aidant  ……………………………………………………………..  Téléphone 1 ……………………………………………  Téléphone 2 …………………………………………… | AIDE A DOMICILE  Nom de l’organisme  ……………………………………………………………..  Téléphone 1 ……………………………………………  Téléphone 2 ……………………………………………  Jours d’intervention :  Lu ❒ Ma ❒ Me ❒ Je ❒ Ve ❒ Sa ❒ Di ❒ | MEDECIN TRAITANT Docteur …………………………………………………….  Téléphone…………………………………………………… |
| Nom prénom  ……………………………………………………………..  Lien avec l’aidant  ……………………………………………………………..  Téléphone 1 ……………………………………………  Téléphone 2 …………………………………………… | PORTAGE DE REPAS  Nom de l’organisme  ……………………………………………………………..  Téléphone 1 ……………………………………………  Téléphone 2 ……………………………………………  Jours d’intervention :  Lu ❒ Ma ❒ Me ❒ Je ❒ Ve ❒ Sa ❒ Di ❒ | AIDE-SOIGNANTE / INFIRMIERE Nom ou association  ……………………………………………………………..  Téléphone 1 ……………………………………………  Téléphone 2 ……………………………………………  Jours d’intervention :  Lu ❒ Ma ❒ Me ❒ Je ❒ Ve ❒ Sa ❒ Di ❒ |

### **AUTRES RENSEIGNEMENTS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Si vous avez plus de 60 ans, bénéficiez-vous d’un accompagnement du SIPAG ? Oui ❒ - Non ❒Si non, acceptez-vous que vos coordonnées soient communiquées au SIPAG Oui ❒ - Non ❒ | Bénéficiez-vous d’une Téléassistance ?Oui ❒ - Non ❒ | De quels moyens disposez-vous pour vous maintenir au frais ? Ventilateur ❒ Air conditionné ❒ Autre ❒ ................................................................ |

### Renseignements utiles : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

### ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

### A Charbonnières-Les-Bains, le ……………………………………………. Signature

### 