

Formulaire d'inscription nominatif

Bénéficiaire(s) : Madame  – Monsieur  - Au titre de : personne âgée  personne handicapée

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	2023
juillet	du	au	2023
août	du	au	2023

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 <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> Je <input type="checkbox"/> Ve <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> Je <input type="checkbox"/> Ve <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/>	AIDE-SOIGNANTE / INFIRMIERE Nom ou association ..... Téléphone 1 ..... Téléphone 2 ..... Jours d'intervention : Lu <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> Je <input type="checkbox"/> Ve <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/>

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Bénéficiez-vous d'un accompagnement du SIPAG ? Oui <input type="checkbox"/> - Non <input type="checkbox"/>	Bénéficiez-vous d'une Téléassistance ? Oui <input type="checkbox"/> - Non <input type="checkbox"/>	De quels moyens disposez-vous pour vous maintenir au frais ? Ventilateur <input type="checkbox"/> Air conditionné <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> .....
---	---	--

Renseignements utiles : .....

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

Formulaire d'inscription à retourner à l'adresse suivante :

C.C.A.S – Mairie -2 place de l'église – 69260 Charbonnières-Les-Bains  
ou par courriel : [actionsociale@charbonniereslesbains.com](mailto:actionsociale@charbonniereslesbains.com)