

PLAN DE PREVENTION CANICULE

DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE DES PERSONNES AGEES DE PLUS DE 65 ANS ET PERSONNES HANDICAPEES

NOM PRENOM

AGE Personne handicapée OUI NON*

Adresse

Téléphone Courriel@.....

Vivez-vous seule ? OUI NON*

Service intervenant à domicile ? OUI NON*

Nom du (des) service(s)

.....

Personne à contacter en cas d'urgence

Téléphone Courriel@.....

Médecin traitant Téléphone

Personne ayant effectuée la demande* :
- Personne elle-même
- Membre de famille
- Entourage
- Tuteur / curateur
- Autres (préciser)

* Rayer la mention inutile

Cadre réservé à l'administration

Date de dépôt de la demande :