

RECENSEMENT PLAN CANICULE 2024

Je soussigné(e), nous soussignons,

Monsieur Madame Nom : Prénom :

Date de naissance : Age : ans

Monsieur Madame Nom : Prénom :

Date de naissance : Age : ans

Motif d'inscription :

- 65 ans et plus**
- Personne adulte handicapée :**
 - + 60 ans reconnu(e) inapte au travail**
 - Allocation adulte handicapé (AAH)
 - Allocation compensatrice tierce personne (ACTP)
 - Prestation de compensation du handicap (PCH)
 - Allocation personnalisée à l'autonomie (APA)
 - Autres (à préciser) :

Adresse : 35410 CHATEAUGIRON

Commune historique : Châteaugiron Ossé Saint-Aubin du Pavail

Tél fixe : Tél portable :

Adresse mail :

Sollicite / sollicitons l'inscription sur le registre nominatif de la commune de CHATEAUGIRON

Autres informations concernant la (les) personnes intéressée(s) :

• **Serez-vous présent(e) à CHATEAUGIRON :**

En juin : oui non du au juin 2024

En juillet : oui non du au juillet 2024 **En août :** oui non du au août 2024

• **Bénéficiez-vous d'un service d'aide à domicile ?** oui non

Service de l'ADMR Autres (à préciser) :

• **Bénéficiez-vous d'un service de soins à domicile ?** oui non

Service du SIMADE 35 Autres (à préciser) :

• **Personne(s) à prévenir en cas d'urgence :**

1) Nom et prénom Tél fixe :

Tél portable : Mail :

2) Nom et prénom : Tél fixe :

Tél portable : Mail :

Nom de votre médecin traitant :

Docteur..... Ville :

☞ **IMPORTANT : Souhaitez-vous, si vous vous sentez isolé(e), la visite d'un bénévole, membre du Centre Communal d'Action Sociale, pendant les mois d'été ?** OUI NON

A renvoyer ou à déposer à la
Mairie de CHÂTEAUGIRON

Ces informations sont strictement confidentielles.

Fait à, le2024

Signature du demandeur ou de son représentant légal
(Joindre l'extrait du jugement de tutelle)