



## Plan communal « CANICULE » - PERSONNE À RECENSER

### Informations obligatoires

Date de la demande :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Qualité au titre de laquelle vous demandez votre inscription :

Plus de 65 ans

Entre 60 et 65 ans, reconnu inapte au travail

Moins de 60 ans :

Percevant l'AAH (*allocation adulte handicapé*)

Percevant l'ACTP (*allocation compensatrice tierce personne*)

Titulaire d'une carte d'invalidité

Reconnu(e) « travailleur handicapé »

Adresse :

Courriel :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Médecin traitant :

Personne proche (voisin ou famille) pouvant intervenir en cas d'urgence :	J'ai un service ou une personne qui m'aide : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (Préciser les jours de passage par semaine)
Nom :	Service d'aide à domicile :
Prénom :	Service de Portage de repas :
Adresse :	Service téléalarme :
Téléphone fixe :	Infirmiers :
Téléphone portable :	

### Informations facultatives

Je vis :  seul (e)  En couple  Autre préciser :  
J'ai de la visite de :  1 fois par jour  1 fois par semaine  1 fois par mois  non  
Je serai seul (e) et sans visite : du                      au  
Je serai absent(e) de mon domicile : du                      au

PERSONNE DEMANDANT LE RECENSEMENT
-----------------------------------

- La personne elle-même
- Un parent (1) – lien de parenté
- Un professionnel (1)
- Autre (1)

(1) Vos coordonnées :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Le déclarant	Date	Signature

Formulaire à renvoyer à l'adresse suivante :

CCAS MESNIL-ROCH  
5, place de la Mairie  
Saint-Pierre-de-Plesguen  
35720 MESNIL-ROCH