

LE PONTET



## FORMULAIRE D'INSCRIPTION PLAN CANICULE

CENTRE COMMUNAL  
D'ACTION SOCIALE

**Coordonnées de la personne :**

NOM : .....

PRENOM : .....

Date de naissance : ...../...../..... à .....

Adresse : .....

Bâtiment : ..... Entrée : ..... Etage : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone domicile : ..... Téléphone portable : .....

Qualité :  Personne âgée de plus de 65 ans  Personne adulte handicapée

Personne de plus de 60 ans et reconnue inapte au travail

**Coordonnées de la personne à joindre en cas d'urgence :**

NOM et Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

**Coordonnées du service intervenant à domicile (aide-ménagère, service de soins...) :**

NOM et Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

**Nom et qualité de la personne ayant fait la demande :**

L'intéressé(e)  Autre Si autre, précisez :

NOM et Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Lien avec la personne concernée : .....

Fait à : ....., le .....

Signature :