

PLAN CANICULE 2024

DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE COMMUNAL

Nom :Prénom :Date de naissance :
Adresse :
Ville :
Téléphone :Mail :

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

Nom :Prénom :
Adresse :
Téléphone :

Médecin traitant :**Téléphone :**

Aide-ménagère	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Coordonnées de l'organisme ou la personne.....		
Jour de visite : Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche		
(entourer le jour)		

Autres visites régulières par semaine	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		
Préciser :	vos enfants <input type="checkbox"/>	vos voisins <input type="checkbox"/>	vos amis <input type="checkbox"/>	Autres <input type="checkbox"/>
Jour de visite : Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche				
(entourer le jour)				

PRESENCE A VOTRE DOMICILE ENTRE LE 1^{ER} JUIN ET LE 31 AOUT 2024

Serez-vous <u>seul(e)</u> à votre domicile sur toute cette période (1 ^{er} juin au 31 août 2024)			
Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	
Si vous vous absentez de votre domicile, indiquez les périodes :			
Du.....	au.....	Du.....	au.....
Du.....	au.....	Du.....	au.....
Du.....	au.....	Du.....	au.....

Fait à Saint-Jean-de-Luz, le
Signature

Merci de retourner cette fiche d'information sous enveloppe avec la mention « CONFIDENTIEL »
CCAS - 1 Rue Augustin Chaho – 64500 SAINT JEAN DE LUZ
☎ 05 59 51 61 40 ✉ ccas@saintjeandeluz.fr