

Prévention Solidarité Vigilance en cas d'urgence

Si vous avez plus de 60 ans ou si vous êtes en situation de handicap ou si vous vous sentez en situation fragilisée, dites-le-nous.

Cela nous permettra de mettre à jour le registre d'accompagnement des personnes. Nous pourrions ainsi vous contacter en fonction du contexte afin de vérifier votre situation et agir si besoin.

Pourriez vous compléter ce questionnaire le plus précisément possible et le remettre au secrétariat de la mairie,

En cas de difficulté pour le compléter ou le déposer : contacter le N° 03 20 84 57 16

Civilité et coordonnées



Madame



Monsieur

Nom : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Date de naissance : _____

Adresse du domicile : _____

Téléphone fixe : _____ Portable : _____

Situation personnelle

Vivez -vous seul(e) à votre domicile (conjoint, famille ...) ? Oui Non

Disposez-vous de la téléalarme ? Oui Non

Personne de plus de 65 ans

Personne de plus de 60 ans reconnue inapte au travail

Personne adulte handicapée de moins de 60 ans

Personne sous mesure de protection (curatelle, tutelle ...)

Personne soumise à un traitement nécessitant une hospitalisation régulière

Mode de déplacement dans le domicile

Seul(e) Canne Fauteuil roulant Déambulateur Immobilisé(e)

Les informations ci-dessous ne sont pas obligatoires mais vivement recommandées. Elles nous permettront d'intervenir dans les meilleures conditions.

Contacts

Personnes à prévenir en cas d'urgence (parent, ami, voisin, tuteur ...)

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone fixe : _____ Portable : _____

Possède-t-elle les clefs de chez vous ? Oui Non

Lien avec vous ? _____

Et/ou

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone fixe : _____ Portable : _____

Possède-t-elle les clefs de chez vous ? Oui Non

Lien avec vous ? _____

Intervenant(s) à domicile



Médecin traitant :

Nom : _____

Téléphone fixe : _____ Portable : _____



Nom ou Organisme (service d'aide à domicile, de soin infirmier, de portage de repas ...)

Nom de l'organisme : _____ Téléphone : _____

Fréquence des visites à domicile : _____ Fois par semaine



Nom ou Organisme (service d'aide à domicile, de soin infirmier, de portage de repas ...)

Nom de l'organisme : _____ Téléphone : _____

Fréquence des visites à domicile : _____ Fois par semaine

Toutes les informations données resteront confidentielles au sein de nos services.

Genech, le _____ Signature :

