

CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE  
**FORMULAIRE D'INSCRIPTION «CANICULE 2017»**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....  
.....

Bâtiment : ..... Code : ..... Etage : ..... Porte .....

Téléphone fixe et ou portable :

Mail :

**Nom de votre médecin traitant :**

Son adresse :

Son téléphone :

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

Oui\*

Non\*

Si, oui préciser les coordonnées de la personne :

**Recevez-vous des visites régulières ?**

Oui\*

Non\*

Si, oui préciser les coordonnées **de la ou des personnes** à joindre en cas de difficultés :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone portable :

Mail :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone portable :

Mail :

**Bénéficiez-vous de la téléassistance ?**

Oui\*

Non\*

**Prévoyez- vous un départ en vacances pendant la période d'été ?**

**Si oui à quelle date :**

**Autres renseignements :**

\* Rayer les mentions inutiles

Rempli le :

par :

Signature :