Avez-vous des difficultés à vous déplacer ?

☐ Oui ☐ Non

Nom et coordonnées du médecin traitant :

.....

Information complémentaire à communiquer :

.....

Bénéficiez-vous d'un service :

Aide à domicile :

Réalisé par: .....

Téléphone: .....

☐ tous les jours ☐ 1 fois par semaine ☐ moins souvent

Soins infirmiers à domicile :

Réalisé par: .....

Téléphone: .....

☐ tous les jours ☐ 1 fois par semaine ☐ moins souvent

Portage de repas :

Réalisé par:.....

Téléphone: .....

☐ tous les jours ☐ 1 fois par semaine ☐ moins souvent

Téléassistance :

Etes-vous abonné et pris en charge dans le cadre du dispositif de la téléassistance VITARIS à mon domicile? ☐ Oui ☐ Non

Périodes absences prévues :

Juin: ..... Juillet: .....

Août: ..... Septembre: .....

A quelle fréquence souhaitez-vous être appelé en cas de déclenchement du Plan Canicule :.....

Formulaire rempli: ☐ par l'intéressé ☐ autre

si autre, précisez : Nom et prénom: .....

En qualité de : .....Téléphone: .....

Fait le : .....Signature :

*** Formulaire à retourner à la mairie ou au CCAS**

CCAS

centre communal d'action sociale

PLAN CANICULE

CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

du 1er juin au 15 septembre

INFORMATIONS

CCAS Boutigny-Sur-Essonne

01 64 57 96 00

01 64 57 90 10

ccas@boutignysuressonne.fr

Panneau Pocket

boutignysuressonne.fr