



Ville de Saône - Centre Communal d'Action Sociale
FICHE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF
Recensement des personnes âgées et handicapées, isolées à domicile

Date d'enregistrement :

Madame Nom : Prénom : Date de naissance :	Monsieur Nom : Prénom : Date de naissance :
---	---

Bâtiment : Escalier : Étage :
Adresse :
Téléphone fixe : Tel portable :
Gardien : Oui / non Numéro de téléphone du gardien :

PERSONNES À PREVENIR

Liens : enfant / frère /sœur / neveux / cousins.e / voisin.e / ami.e / autre...	Nom	Prénom	Adresse	Téléphone

VOTRE SANTÉ

MEDECIN TRAITANT

Nom : Téléphone :
Adresse :
Vous vous déplacez facilement : oui / non
Problème.s de santé à signaler :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le CCAS de Saône pour la gestion du Plan National Canicule et Grand froid
*Elles seront conservées jusqu'au décès ou à la demande de suppression émanant du bénéficiaire. Elles sont destinées à permettre aux agents du CCAS d'intervenir auprès du bénéficiaire dans le cadre d'évènements climatiques ou sanitaires le nécessitant. Conformément à la loi Informatiques et libertés, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant **ccas@saone.fr***

SERVICES DE MAINTIEN A DOMICILE

Vous bénéficiez ...	Oui / non	Contact (nom / adresse / téléphone)
de l'intervention d'une auxiliaire de vie		
de portage de repas		
de l'intervention de personnel de santé (infirmière / kiné...)		
d'un système de téléassistance		
de l'intervention d'un autre organisme, d'une association ou d'une autre personne		

VOTRE LOGEMENT

Vous résidez dans : une maison individuelle / un appartement / un foyer-logement

Etage :

Votre logement est doté de :	Oui / non
douche	
baaignoire	
volets	
climatiseur	
Rafrachisseur d'air	
ventilateur	
chauffage individuel au fuel	
chauffage collectif	
chauffage électrique	

La personne ayant fait la demande d'inscription est...

le bénéficiaire : oui / non

Si NON, le questionnaire ne peut être rempli qu'avec l'accord de la personne concernée

Nom et prénom de l'aidant

Qualité :

Adresse :

Téléphone :

Date et signature du bénéficiaire :

--

Ce questionnaire est à retourner sous pli confidentiel au C.C.A.S de Saône – 26 rue de la Mairie – 25660 Saône