

PLAN CANICULE

PERSONNES FRAGILES A DOMICILE

(à retourner en Mairie)

Nom

Prénom(s)

Date de naissance

Adresse

.....

Numéro de téléphone

Adresse mail

Je déclare bénéficiaire de l'intervention :

d'un service d'aide à domicile (1)

Intitulé du service

Adresse / téléphone:

d'un service de soins infirmiers à domicile (1)

Intitulé du service:

Adresse / téléphone

d'un autre service (1)

Intitulé du service

Adresse / téléphone

Personne à contacter.....

en cas d'urgence

Numéro de téléphone

•Accepte *d'être inscrit(e) sur le fichier de la commune des personnes fragiles :*

en qualité de personne âgée de 65 ans et plus (1)

en qualité de personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail (1)

en qualité de personne handicapée (1)

Fait à AIFFRES,

Le

Signature