

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 pourrons 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

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____



Adresse du domicile : _____



Téléphone fixe : _____



Monsieur

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____



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 60 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)

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, dite-le-nous.

Cela nous permettra de mettre à jour le registre d'accompagnement des personnes. Nous pourrons 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

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____



Adresse du domicile : _____



Téléphone fixe : _____



Monsieur

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____



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 60 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

Et/ou

😊 Nom : _____ Prénom : _____

☎ Téléphone fixe : _____ 📱 Portable : _____

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

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

Et/ou

😊 Nom : _____ Prénom : _____

☎ Téléphone fixe : _____ 📱 Portable : _____

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

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

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 :



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

Genech, le _____ Signature :

