

# PLAN CANICULE / GRAND FROID / COVID

## Ville de FLEURBAIX

### CIVILITE

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

 .....  .....

Occupez-vous seul(e) votre logement ?  oui  non

Etes-vous bénéficiaire d'un service d'aide à domicile ? (soins, aide-ménagère, repas...)

oui  non

Si oui, nom de l'organisme : .....

Nombre d'interventions par semaine : .....

Bénéficiez-vous d'une téléalarme ?  oui  non

### PERSONNES A CONTACTER PAR ORDRE DE PRIORITE

Nom : .....

Prénom : .....

Lien de parenté :  
.....

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

Téléphone :  
/ / / /

Nom : .....

Prénom : .....

Lien de parenté :  
.....

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

Téléphone :  
/ / / /

Nom : .....

Prénom : .....

Lien de parenté :  
.....

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

Téléphone :  
/ / / /

### VOTRE MEDECIN TRAITANT

Nom : ..... Téléphone : .....

### AUTRES INFORMATIONS QUE VOUS SOUHAITEZ NOUS COMMUNIQUER

.....  
.....

Je souhaite que mes coordonnées figurent sur le registre tenu par le C.C.A.S. dans le cadre du plan de prévention canicule et grand froid.

Date :

Signature :

Nom et prénom du représentant :

.....

Date :

Signature :