

Je suis informée

- Que cette inscription est facultative et résiliable à tout moment
- Qu'il m'appartient de signaler au CCAS tout changement dans ma situation ou toute modification dans les informations me concernant

PERSONNE A INSCRIRE

Nom Marital :

Nom de jeune fille :

Prénoms :

Date de naissance : _____ / _____ / _____ **Genre** : M F

Adresse : _____

N° téléphone fixe : _____ **Courriel** : _____

N° portable : _____

Qualité : 65 ans et + 60 ans inapte au travail adulte handicapé isolée

INFORMATIONS PERSONNELLES

Recevez-vous des visites à domicile : oui non

si oui : tous les jours plusieurs fois par semaine une fois par semaine moins souvent

Fréquentez-vous : un club une association

si oui : tous les jours plusieurs fois par semaine une fois par semaine moins souvent

Vous sentez-vous isolée ? oui non

ABSENCES

Vous devez vous absenter cette année. Merci de nous en indiquer les périodes.

du _____ **au** _____

du _____ **au** _____

du _____ **au** _____

PERSONNE RÉFÉRENTE

Personne de l'entourage (voisins, amis etc.)

Nom :

Prénoms :

Adresse : _____

N° téléphone fixe : _____ **Courriel** : _____

N° portable : _____

SERVICES DE SANTÉ

Médecin traitant

Nom :

Adresse : _____

N° téléphone : _____

Service d'aide ou de soins à domicile

intitulé du service :

Adresse : _____ **N° téléphone** : _____

Jours et heures d'intervention:

Service d'aide ou de soins à domicile

intitulé du service :

Adresse : _____ **N° téléphone** : _____

Jours et heures d'intervention:

L'INSCRIPTION EST DEMANDÉE PAR LA PERSONNE ELLE-MÊME

Date :

Signature :

L'INSCRIPTION EST DEMANDÉE PAR UN TIERS

Nom :

Prénoms :

Agissant en qualité de :

Date :

Signature :