RIVERY

# PLAN CANICULE 2021

## INSCRIPTION SUR LE REGISTRE MUNICIPAL

Ce formulaire doit être envoyé ou déposé au secrétariat à la Mairie de RIVERY
51 rue Baudrez - 80136 RIVERY
☏ *03.22.70.70.40*

*mairie.rivery@laposte.net*

### IDENTITE

**Civilité & Coordonnées** : ❑ Madame ❑ Monsieur

Nom :
Prénom : .....
Date de naissance : .....
Adresse : .....
Téléphone : ..... Portable : .....

Situation Personnelle :

Vivez-vous seul(e) à votre domicile (conjoint, famille...) ? ❑OUI ❑NON

Disposez-vous d'une téléassistance ? ❑OUI ❑NON

Etes-vous : ❑ une personne de plus de 70 ans
❑ une personne adulte handicapée de moins de 70 ans
❑ une personne sous mesure de protection (curatelle, tutelle...)
❑ une personne soumise à un traitement nécessitant une hospitalisation régulière
❑ autre (à préciser .....)

Mode de déplacement dans le domicile :
❑ Seul(e) ❑Canne ❑Fauteuil roulant ❑Déambulateur ❑Immobilisé (e)

**Les informations demandées ci-dessous ne sont pas obligatoires mais vivement recommandées**
**Elles nous permettraient d'intervenir dans les meilleures conditions.**

### PÉRIODES D'ABSENCES PRÉVUES

du ..... au .....
du ..... au .....

### CONTACTS

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence (parent, ami, voisin, tuteur....)

Nom : ..... Prénom : .....
Téléphone : .....Portable : .....
Possède-t-elle les clés de chez vous ? ❑ OUI ❑ NON

Nom : .....Prénom : .....
Adresse : .....
Téléphone : .....Portable : .....
Possède-t-elle les clés de chez vous ? ❑ OUI ❑ NON

### INTERVENANT(S) A DOMICILE

**MÉDECIN TRAITANT** :
Nom : ..... Prénom :.....
Téléphone : ..... Portable : .....
Possède-t-il les clés de chez vous ? ❑ OUI ❑ NON

**ORGANISME (s) :**
❑ service d'aide à domicile, ❑ de soin, ❑ portage de repas)
Nom de l'organisme : .....
Téléphone : .....
Fréquence des visites à domicile : ..... fois par semaine.
Nom de l'organisme : .....
Téléphone : .....
Nom de l'organisme : .....
Téléphone : .....
Fréquence des visites à domicile : ..... fois par semaine Fréquence des visites à domicile : ..... fois par semaine