Plan d'alerte et d'urgence
Registre Nominatif 2018
Date de remplissage de la fiche : .../.../...

Identification du déclarant

- NOM - Prénom :.....
- Adresse : .....
- Numéro de téléphone : .....
- Lien avec la personne à inscrire (famille, professionnel, voisin, etc.) : .....

Identification de la personne à inscrire sur le registre communal

La personne concernée est consentante, cochez la case ☐

- NOM - Prénom : .....
- Adresse (précise) : .....
- Numéro de téléphone : .....
- Né(e) le : ..... Situation familiale : .....

☐ **SANTE** (cochez les cases qui concerne la personne) :

☐ Difficultés pour voir
☐ Difficultés pour parler/comprendre
☐ Difficultés pour entendre
☐ Pertes de mémoire
☐ Difficultés pour se déplacer
☐ Risque de chutes
☐ Maladies chronique
☐ Dépression
☐ Autre, à préciser : .....

☐ **ENTOURAGE FAMILIAL** :

Les visites que je reçois au cours de l'année sont :

☐ Tous les jours ☐ Au moins une fois par semaine
☐ Une fois par mois ☐ Une fois par an

Famille/Voisin/Amis (Préciser) : ..... Tel : .....

Famille/Voisin/Amis (Préciser) : ..... Tel : .....

Famille/Voisin/Amis (Préciser) : ..... Tel : .....

Personne contact en cas d'urgence :..... Tel : .....

Parmi ces personnes, certaines seront présentes en juillet/Août : ☐ OUI ☐ NON
Si oui, précisez les dates : .....

Cet été : ☐ je m'absente du ..... au ..... ☐ je reste mon domicile

Plan d'alerte et d'urgence
Registre Nominatif 2018
Date de remplissage de la fiche : .../…/…

Attention cette fiche est recto-verso →

☐ ENTOURAGE PROFESSIONNEL :

∗ **Médecin traitant** : ..... Tel :…….

Adresse : ....

∗ **Aide à domicile :** ..... Tel :…….

Jour d'interventions : ....

∗ **Portage de repas :** ..... Tel :…….

Jours et heures d'intervention : ....

∗ **Télé assistance :** ..... Tel :…….

∗ **Service infirmier :** ..... Tel :…….

Jours et heures de passage : ....

Cette fiche est à déposer (sous enveloppe)
ou à envoyer à : CCAS Ecouflant, BP n°2 49000 Ecouflant

Tel : 02.41.41.10.00 Fax : 02.41.43.00.94 Mail : ccas@ecouflant.fr