



Questionnaire rempli le

Demande effectuée par (nom, prénom, qualité)

.....
.....

Demandeur

Nom :

Prénom :

Né(e) le : à

Adresse :

.....

Étage N° de tél.

N° porte N° de S.S.

Dépositaire des clés

Adresse :

N° de tél.

Situation actuelle Personne âgée de plus de 65 ans

Personne adulte handicapée

Conjoint

Nom :

Prénom :

Né(e) le : à

Adresse :

N° de S.S.

Médecin traitant

Nom :

Prénom :

Adresse :

N° de tél.

Intervenants

- Aide à domicile du C.C.A.S.
- Infirmières libérales
- Service de soins infirmiers à domicile
- Aide à domicile - associations
- Garde à domicile
- Possédez-vous la téléalarme oui non

Personnes à prévenir en cas d'urgence

(nom, prénom, adresse, CP et ville, n° tél., en qualité de [enfant, neveu, voisin, etc])

-
-
-
-
-

Période d'absence estivale du..... au.....

Document à retourner au service municipal des retraités

Par ce document j'accepte de figurer sur la liste
de prévention canicule détenue par le C.C.A.S.

Date et signature du demandeur

C.C.A.S.

Service municipal des retraités

Maintien à domicile

Espace intergénérationnel Louise-Voëckel
rue du 8 mai 1945
94380 Bonneuil-sur-Marne
tél : 01 45 13 72 90 fax : 01 45 13 88 45

Heures d'ouverture

Du lundi au jeudi
8h30-12h15 / 13h30-17h
vendredi 8h30-12h15 / 14h-16h30

