INSCRIPTION SUR LA LISTE DE VEILLE DU CCAS DE PERONNE

Ce formulaire doit être envoyé ou déposé à la mairie. Il peut également être transmis par mail sur : ccas@ville-peronne.fr ou par courrier à CCAS de Péronne – Hôtel de Ville de Péronne – 3, Place du Commandant Louis Daudré – 80200 PERONNE
Pour tous renseignements complémentaires, vous pouvez contacter le : 03.22.73.31.05

IDENTITE DE L'USAGER :

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : |__|__|-|__|__|-|__|__|__|__| Quartier : .....

Adresse : .....

Téléphone fixe : |__|__||__|__||__|__||__|__||__|__| ou |__|__||__|__||__|__||__|__||__|__|

Email : .....

SITUATION PERSONNELLE

Vivez-vous seul(e) à votre domicile ? ☐ Oui ☐ Non

Disposez-vous de la téléalarme ? ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous une personne...
- ☐ De plus de 60 ans
- ☐ Adulte handicapé de moins de 60 ans
- ☐ Sous mesure de protection (curatelle, tutelle)
- ☐ Soumise à un traitement nécessitant une hospitalisation régulière

Mode de déplacement dans le domicile : ☐ seul(e) ☐ Canne ☐ Fauteuil roulant ☐ Déambulateur

PERSONNES A CONTACTER :

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

NOM : ..... Prénom : .....

Téléphone fixe : |__|__||__|__||__|__||__|__||__|__| ou |__|__||__|__||__|__||__|__||__|__|

Cette personne possède-t-elle les clés de chez vous ? ☐ Oui ☐ Non

Et/ou

NOM : ..... Prénom : .....

Téléphone fixe : |__|__||__|__||__|__||__|__||__|__| ou |__|__||__|__||__|__||__|__||__|__|

Cette personne possède-t-elle les clés de chez vous ? ☐ Oui ☐ Non

INTERVENANTS A DOMICILE

MEDECIN TRAITANT

NOM : ..... Prénom : .....

Téléphone fixe : |__|__||__|__||__|__||__|__||__|__| ou |__|__||__|__||__|__||__|__||__|__|

AUTRE ORGANISME (Service d'aide à domicile, de soin, de portage de repas...)

NOM : ..... Prénom : .....

Téléphone fixe : |__|__||__|__||__|__||__|__||__|__| ou |__|__||__|__||__|__||__|__||__|__|