



Ville de Cagnes-sur-Mer - Centre Communal d'Action Sociale

FICHE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF

Recensement des personnes âgées et handicapées isolées à domicile

ETAT CIVIL

Madame Mademoiselle Monsieur

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse : Nom de la résidence :

Bâtiment : Escalier : Étage :

Rue :

Téléphone :

Gardien : Oui Non Numéro de téléphone :

PERSONNES A PREVENIR - « REFERANT »

Nom et Prénom :

Parenté : Enfant Sœur ou Frère Neveux Cousin Voisin Amis Autres

Adresse :

Téléphone :

Nom et Prénom :

Parenté : Enfant Sœur ou Frère Neveux Cousin Voisin Amis Autres

Adresse :

Téléphone :

VOTRE MEDECIN TRAITANT

Nom : Téléphone :

Adresse :

Vous vous déplacez facilement : Oui Non

Problème de santé à signaler.....

SERVICES DE MAINTIEN A DOMICILE

Vous bénéficiez de l'intervention du Centre Communal d'Action Sociale : Oui Non

Si oui : Auxiliaire de vie Portage de repas Foyer restaurant Animation

Vous bénéficiez de l'intervention d'un autre organisme, d'une association ou d'une personne :

Oui Non

Si oui : Auxiliaire de vie Portage de repas Infirmier(ère) Kinésithérapeute

Nom de l'association, de l'organisme ou de la personne :

Adresse :

Téléphone :

Nom de l'infirmier(ère) et/ou kinésithérapeute :

Adresse :

Téléphone :

Vous bénéficiez d'un système de Télé-Assistance : Oui Non

Nom de l'organisme :

Adresse :

Téléphone :

VOTRE SITUATION

Vous vivez : Seul

En couple

Vous êtes entouré(e) : Oui Non Si oui, par :

des voisins : tous les jours une fois par semaine occasionnellement

Nom et Prénom

Adresse : Téléphone :

de la famille : tous les jours une fois par semaine occasionnellement

Nom et Prénom

Adresse :

Téléphone.....

des amis : tous les jours une fois par semaine occasionnellement

Nom et Prénom

Adresse :

Téléphone.....

VOTRE LOGEMENT

Vous résidez dans : une maison individuelle un appartement un foyer-logement

Votre logement est doté de :

douche : Oui Non baignoire : Oui Non

volets : Oui Non stores : Oui Non

bonne isolation : Oui Non rafraîchisseur d'air : Oui Non

climatiseur : Oui Non ventilateur : Oui Non

chauffage individuel au fuel : Oui Non chauffage électrique : Oui Non

chauffage collectif : Oui Non

PERSONNE AYANT FAIT LA DEMANDE D'INSCRIPTION

Le bénéficiaire : Oui Non Autre personne : Oui Non

Dans ce cas, le questionnaire ne peut être rempli qu'avec l'accord de la personne concernée

Nom et prénom..... Qualité :

Adresse :

Téléphone :

Demande l'inscription sur le registre nominatif des personnes âgées et handicapées de la Commune

Date : Signature de l'intéressé ou
de la personne ayant fait la demande :

La confidentialité des informations est garantie. Les données collectées sont enregistrées et conservées dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Le droit d'accès et de rectification s'exerce auprès du pôle maintien à domicile du Centre Communal d'Action Sociale de la ville de Cagnes-sur-Mer.

**Merci d'avoir rempli ce questionnaire qui est à retourner sous pli confidentiel
au C.C.A.S - Bât Agora - 37 Av de la Gare - 06800 CAGNES SUR MER**