



Centre Communal d'Action Sociale
VERNAISON

PLAN CANICULE

DEMANDE D'INSCRIPTION

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

N° Téléphone :

Portable :

Médecin traitant : Tél :

Cabinet infirmier : Tél :

Service d'aide à domicile : Tél :

Personne de confiance à contacter (enfants, voisins, familles...)

<u>Nom Prénom</u>	<u>Téléphone</u>	<u>Lien</u>

Mention de votre période d'absence entre le 1^{er} juin et le 15 septembre (Vacances, hospitalisation, maison de repos...) :

.....
.....