



PLAN GRAND FROID 2019/2020

Nom : Prénom : Date de naissance :
Adresse :
Ville :
Téléphone : Mail :

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence :

Nom : Prénom :
Adresse :
Téléphone :

Médecin traitant : Téléphone :

Aide-ménagère	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>				
Coordonnées de l'organisme ou la personne.....						
Jour de visite : Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
(entourer le jour)						

Autres visites régulières par semaine	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>				
Préciser :	vos enfants <input type="checkbox"/>	vos voisins <input type="checkbox"/>	vos amis <input type="checkbox"/>	Autres <input type="checkbox"/>		
Jour de visite : Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
(entourer le jour)						

PRESENCE A VOTRE DOMICILE ENTRE LE 1^{ER} DECEMBRE 2019 ET LE 31 MARS 2020

Serez-vous <u>seul(e)</u> à votre domicile sur toute cette période (1 ^{er} décembre 2019 au 31 mars 2020)
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si vous vous absentez de votre domicile, indiquez les périodes :
Du..... au.....
Du..... au.....
Du..... au.....

Fait à Saint-Jean-de-Luz, le

Signature

Veillez retourner cette fiche d'information sous enveloppes avec la mention « CONFIDENTIEL »

CCAS - 1 Rue Augustin Chaho – 64500 SAINT JEAN DE LUZ

☎ 05 59 51 61 40 ✉ ccas@saintjeandeluz.fr