

Je bénéficié

D'un service d'aide à domicile

Nom :

D'un service de soins infirmiers à domicile

Nom :

D'un autre service

Nom :

D'aucun service à domicile

Les personnes de votre entourage à prévenir en cas de besoin

① Nom/prénom :

Adresse :

Téléphone :

Qualité :

② Nom/prénom :

Adresse :

Téléphone :

Qualité :

Périodes d'absence prévues entre juin et septembre

.....

.....

Fait à Liffré, le

Signature



Vous êtes une personne âgée, en situation de handicap, isolée ou de santé fragile, vous pouvez, si vous le souhaitez, vous inscrire **sur le registre « plan canicule du CCAS »**.

Ce recensement permet, en cas d'alerte, de vous contacter prioritairement afin d'évaluer avec vous la situation.

L'inscription est personnelle ou à l'initiative d'un tiers (représentant légal, voisin, famille...) qui aurait connaissance de personnes vulnérables ou fragiles.

Pour plus d'informations, vous pouvez vous adresser au CCAS au 02 99 68 52 29 / ccas@ville-liffre.fr



**VAGUES DE CHALEUR,
DES PRÉCAUTIONS À PRENDRE**

MOUILLER SON CORPS ET SE VENTILER

MAINTENIR SA MAISON AU FRAIS : FERMER LES VOLETS LE JOUR

DONNER ET PRENDRE DES NOUVELLES DE SES PROCHES

BOIRE RÉGULIÈREMENT DE L'EAU

NE PAS BOIRE D'ALCOOL

EN CAS D'URGENCE, APPELEZ LE 15

MANGER EN QUANTITÉ SUFFISANTE

ÉVITER LES EFFORTS PHYSIQUES

@MinSoliSante

Ministère des Solidarités et de la Santé

INFORMATION **#CANICULE**

En période de canicule : quels sont les signaux d'alerte ?

Crampes

Fatigue inhabituelle

Maux de tête

Fièvre > 38°

Vertiges ou nausées

Propos incohérents

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION
SUR LE REGISTRE NOMINATIF**
Prévu à l'article L. 121-6-1 du code de l'action sociale et des familles

La fiche d'inscription est à retourner au
CCAS / Mairie - Rue de Fougères - LIFFRE

Je soussigné(e).....
Né(e) le /.... /..... à
Domicilié(e) 35340 LIFFRE
Téléphone : Portable :

DECLARE vouloir être inscrit(e) sur la liste des personnes souhaitant être contactées dans le cadre de la mise en œuvre du plan canicule.

Cette demande est motivée par :

- Mon âge
- Mon handicap
- Mon isolement
- Mon état de santé
- Autre, précisez

AUTORISE M./Mme
- Agissant en qualité de :
- Adresse :
- Téléphone :

à déposer ma demande en mon nom, au **CCAS / Mairie**

Suite du formulaire au verso
----->