

A retourner : auprès de votre **mairie** ou au
CIAS de Chinon, Vienne et Loire
10, rue des Courances - 37500 CHINON - 02.47.93.92.86

ÉTAT CIVIL

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	ADRESSE COMPLÈTE	TÉLÉPHONE
-				
-				

Je m'inscris sur cette liste car :

- Je suis une personne âgée de 65 ans et plus.
 Je suis une personne âgée de 60 ans, adulte handicapé.

SERVICES A DOMICILE dont je bénéficie :

<p>Aide et/ou soins à domicile :</p> <p><input type="checkbox"/> ASSAD <input type="checkbox"/> ADMR</p> <p><input type="checkbox"/> Service + <input type="checkbox"/> Age d'or services</p> <p><input type="checkbox"/> Soins infirmiers à domicile</p> <p><input type="checkbox"/> Infirmier(e), coordonnées.....</p> <p><input type="checkbox"/> Emploi direct, coordonnées.....</p>	<p>Portage de repas à domicile :</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Lequel :.....</p> <p>Téléalarme : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Laquelle :.....</p> <p>Médecin traitant :</p> <p>.....</p>
--	--

PERSONNE(S) A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Précisez, enfant, voisin,	NOM	PRÉNOM	ADRESSE	TÉLÉPHONE Fixe ou portable
-				
-				
-				

Si vous êtes absent de votre domicile au cours de cette période, merci de nous indiquer les dates :

Du.....au.....et duau.....

Votre entourage est absent pendant l'été, vous souhaitez que nous prenions de vos nouvelles (appel téléphonique régulier en juillet et août). Je m'inscris au service « p'tit plus » : oui non

DATE :.....

SIGNATURE OBLIGATOIRE :

A LA DEMANDE D'UN TIERS
FICHE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF

A retourner : auprès de la **mairie** ou au
CIAS de Chinon, Vienne et Loire
10, rue des Courances - 37500 CHINON - 02.47.93.92.86

Identification du tiers : Nom : Prénom :.....

Agissant en qualité de :

- Représentant légal
- Service d'aide ou de soins infirmiers à domicile
- Médecin traitant
- Autre :.....

État civil de la personne concernée :

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	ADRESSE COMPLÈTE	TÉLÉPHONE
-				
-				

Je demande l'inscription de cette personne parce qu'elle est :

- Une personne âgée de 65 ans et plus.
- Une personne âgée de 60 ans, adulte handicapé.

Les services à domicile dont elle bénéficie :

<p>Aide et/ou soins à domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ASSAD <input type="checkbox"/> Service + <input type="checkbox"/> Soins infirmiers à domicile <input type="checkbox"/> Infirmier(e), coordonnées..... <input type="checkbox"/> Emploi direct, coordonnées..... 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ADMR <input type="checkbox"/> Age d'or services 	<p>Portage de repas à domicile :</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Lequel :.....</p> <p>Téléalarme : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Laquelle :.....</p> <p>Médecin traitant :</p> <p>.....</p>
--	---	---

Si elle est absente de son domicile au cours de cette période, merci de nous indiquer les dates :
Du.....au..... et duau.....

Son entourage est absent pendant l'été, vous souhaitez que nous prenions de ses nouvelles (appel téléphonique régulier en juillet et aout). Je l'inscris au service « p'tit plus : oui non

DATE :.....

SIGNATURE OBLIGATOIRE :