

Date de remplissage de la fiche : / / 2025

Identification du déclarant

- NOM Prénom : Lien avec la personne à inscrire :

- Adresse : n° de téléphone : mail :

Identification de la personne à inscrire sur le registre communal.**La personne concernée est consentante, cocher la case**

- NOM /Prénom : Né(e) le : Situation familiale :

- Adresse : Avec ascenseur : oui non

- Nom du quartier : Téléphone :

 Santé (cocher les cases qui vous concernent) : Difficultés pour voir Difficultés pour entendre Pertes de mémoire Autre – préciser : Difficulté pour se déplacer Risque de chutes Maladie chronique Dépression **Entourage familial / amical**

Je reçois la visite pendant l'année :

 Tous les jours Au moins une fois par semaine Au moins une fois par mois Une fois par an

- Enfants/amis/voisins (préciser) : Tél. :

- Enfants/amis/voisins (préciser) : Tél. :

- Personne à contacter en cas d'urgence : Tél. :

Une ou plusieurs de ces personnes seront présentes en juillet et en août : oui nonJe reste à mon domicile cet été ou je serai absente de chez moi du au **Entourage professionnel**

- Médecin traitant : Dr Tél. :

Adresse :

- Soins infirmiers : Tél. :

Jours et heures des visites :

- Nom de l'aide à domicile : Tél. :

Adresse si gré à gré :

Jours et heures des interventions :

- Portage des repas : Tél. :

Jours et heures des livraisons :

- Télé Assistance : Tél. :

- Passage d'un bénévole : Tél. :

Jours et heures des passages :

- Estimez-vous que votre logement est adapté aux fortes chaleurs ? et au grand froid ?

Fiche à déposer ou à adresser à : Mairie d'Allonnes 135, rue Albert Pottier - BP 23 - 49650 ALLONNES

Tél. 02.41.52.00.30 - Mail : mairie@allonnes-49.fr

Signature du déclarant ou demandeur

Accusé-réception n° 2025-

délivré le : / /