



14/05/2018

## A RETOURNER

(Questionnaire strictement confidentiel)

HOTEL DE VILLE – C.C.A.S. –

2 avenue du Général-de-Gaulle – BP 50029 - 95232 Soisy-sous-Montmorency Cedex

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Numéro de téléphone : .....

Adresse : .....

Nom et coordonnées téléphoniques du médecin traitant : .....

Personne à prévenir en cas d'urgence (Obligatoire) : (Nom, coordonnées et qualité) :  
.....

Je suis inscrit(e) en qualité de :

personne de 65 ans et plus     personne de 60 ans et plus, inapte au travail     personne handicapée

Je bénéficie :

d'une aide ménagère (Nom et coordonnées téléphoniques)  
.....

de portage de repas à domicile par :     CCAS     autre organisme .....

de la télé-assistance

Entre le 1<sup>er</sup> juillet et le 31 août 2018 :

je réside à Soisy-sous-Montmorency sans interruption

je serai absent(e) de Soisy-sous-Montmorency aux dates suivantes :  
.....  
.....  
.....

Remarques :  
.....  
.....  
.....  
.....

Sans réponse de votre part ou de la personne référente pendant la période estivale, l'intervention des secours sera demandée.

Fait à Soisy-sous-Montmorency, le ..... Signature :