



23/05/2019

A RETOURNER

(Questionnaire strictement confidentiel)

HOTEL DE VILLE – C.C.A.S. – 01.34.05.20.64

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^{er} juillet et le 31 août 2019 :

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.

Souhaitez-vous recevoir les informations concernant la programmation du service Animation Seniors ?

Oui Non

Fait à Soisy-sous-Montmorency, le Signature :