



# Ville de Cagnes-sur-Mer - Centre Communal d'Action Sociale

## FICHE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF

Recensement des personnes âgées et handicapées isolées à domicile

### ETAT CIVIL

Madame

Mademoiselle

Monsieur

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : Nom de la résidence : .....

Bâtiment : ..... Escalier : ..... Étage : .....

Rue : .....

Téléphone : .....

Gardien : Oui  Non  Numéro de téléphone : .....

### PERSONNES A PREVENIR - « REFERENT »

Nom et Prénom : .....

Parenté : Enfant  Sœur ou Frère  Neveux  Cousin  Voisin  Amis  Autres

Adresse : .....

Téléphone : .....

Nom et Prénom : .....

Parenté : Enfant  Sœur ou Frère  Neveux  Cousin  Voisin  Amis  Autres

Adresse : .....

Téléphone : .....

### VOTRE MEDECIN TRAITANT

Nom : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

Vous vous déplacez facilement : Oui  Non

Problème de santé à signaler.....

### SERVICES DE MAINTIEN A DOMICILE

Vous bénéficiez de l'intervention du Centre Communal d'Action Sociale : Oui  Non

Si oui : Auxiliaire de vie  Portage de repas  Foyer restaurant  Animation

Vous bénéficiez de l'intervention d'un autre organisme, d'une association ou d'une personne :

Oui  Non

Si oui : Auxiliaire de vie  Portage de repas  Infirmier(ère)  Kinésithérapeute

Nom de l'association, de l'organisme ou de la personne : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Nom de l'infirmier(ère) et/ou kinésithérapeute : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Vous bénéficiez d'un système de Télé-Assistance : Oui  Non

Nom de l'organisme : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

## **VOTRE SITUATION**

Vous vivez : Seul  En couple

Vous êtes entouré(e) : Oui  Non  Si oui, par :

des voisins : tous les jours  une fois par semaine  occasionnellement

Nom et Prénom .....

Adresse : ..... Téléphone : .....

de la famille : tous les jours  une fois par semaine  occasionnellement

Nom et Prénom .....

Adresse : .....

Téléphone.....

des amis : tous les jours  une fois par semaine  occasionnellement

Nom et Prénom .....

Adresse : .....

Téléphone.....

## **VOTRE LOGEMENT**

Vous résidez dans : une maison individuelle  un appartement  un foyer-logement

Votre logement est doté de :

douche : Oui  Non  baignoire : Oui  Non

volets : Oui  Non  stores : Oui  Non

bonne isolation : Oui  Non  rafraîchisseur d'air : Oui  Non

climatiseur : Oui  Non  ventilateur : Oui  Non

chauffage individuel au fuel : Oui  Non  chauffage électrique : Oui  Non

chauffage collectif : Oui  Non

## **PERSONNE AYANT FAIT LA DEMANDE D'INSCRIPTION**

Le bénéficiaire : Oui  Non  Autre personne : Oui  Non

Dans ce cas, le questionnaire ne peut être rempli qu'avec l'accord de la personne concernée

Nom et prénom..... Qualité : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Demande l'inscription sur le registre nominatif des personnes âgées et handicapées de la Commune

Date : ..... Signature de l'intéressé ou  
de la personne ayant fait la demande :

**Merci d'avoir rempli ce questionnaire qui est à retourner sous pli confidentiel  
au C.C.A.S - Bât Agora - 37 Av de la Gare - 06800 CAGNES SUR MER**

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le CCAS de Cagnes-sur-Mer pour la gestion du Plan National Canicule, Elles seront conservées jusqu'au décès ou à la demande de suppression émanant du bénéficiaire et sont destinées à pouvoir permettre aux agents du CCAS d'intervenir auprès du bénéficiaire dans le cadre d'événements climatiques ou sanitaires le nécessitant. Conformément à la loi "informatiques et libertés", vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant mad@ccas-cagnes.fr"