

QUESTIONNAIRE

- **Nom :**
- **Prénom :**
- **Age :**
- **Adresse :**
- **Téléphone :**
- **Nom et téléphone de la famille :**
- **Nom et téléphone du médecin traitant :**
- **Nom et téléphone de l'infirmière ou du SSIAD :**
- **Nom et téléphone de l'auxiliaire de vie :**
- **Nom et téléphone de la structure du portage de repas :**

ATTESTATION

Nom :

Age :

**Je soussigné
souhaite me faire connaître auprès des services du C.C.A.S pour
bénéficier d'un contact en cas de canicule :**

OUI

NON

Le _____ **2018,**

Signature