

## 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** \_\_\_\_\_ **2019,**

**Signature**