



# FICHE DE LIEN SOCIAL CANICULE

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

**Vous êtes :**

Âgé(e) de : .....ans

Âgé(e) de moins de 60 ans en situation d'handicap reconnu MDPH

Adresse : .....

.....

Hall/Porte/Etage/Code : .....

Téléphone Fixe : \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

Vous vivez :  Seul(e)                       En couple                       Autres (préciser)

Vous serez absent(e) ou en congés : Du \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ Au \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES EN CAS D'INTERVENTION

Bénéficier-vous d'un service d'aide ?

OUI                       NON

Portage de repas                       Téléassistance                       Service d'aide à domicile                       Autres

Précisez l'organisme 1 : ..... Tél : \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

Précisez l'organisme 2 : ..... Tél : \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

Nom du médecin Traitant : ..... Tél : \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

Nom de l'infirmier (le cas échéant) : ..... Tél : \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES EN CAS D'INTERVENTION

Personne à contacter en cas d'urgence

PERSONNE 1

Nom/Prénom : .....

.....

Lien avec la personne déclarée : .....

.....

Tél : .....

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES EN CAS D'INTERVENTION

Personne à contacter en cas d'urgence

PERSONNE 2

Nom/Prénom : .....

.....

Lien avec la personne déclarée : .....

.....

Tél : .....



# FICHE DE LIEN SOCIAL

## CANICULE

### *PERSONNE DEMANDANT LE RECENSEMENT*

- La personne elle-même
- Un parent - Lien de parenté : .....
- Un professionnel : .....
- Autre : .....

Coordonnées :

Nom : .....

Prénom : .....

.....

Téléphone : \_ \_ \_ \_ \_

Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler en Mairie toute modification concernant ces informations.

J'accepte d'être inscrit(e) dans un fichier informatique tenu de façon confidentielle par la commune et j'autorise la communication de toute modification postérieure à mon inscription. J'ai bien noté que je peux demander à tout moment ma radiation de ce fichier.

Date : ..... Signature

C.C.A.S.  
(Centre Communal d'Action Sociale)  
2, rue de la mairie  
91610 BALLANCOURT-SUR-ESSONNE  
☎ 01 64 93 73 77

*Conformément au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. Toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant.*

