

DISPOSITIF DE VEILLE ET D'ALERTE

A la suite de la propagation du virus COVID-19, le Gouvernement à pris des mesures de confinement pour la population. Localement, Monsieur le Maire, soucieux de la santé de ses administrés, souhaite connaître vos conditions de vie. C'est la raison de ce questionnaire que nous vous remercions de remplir.

VOUS VIVEZ : SEUL (E) ACCOMPAGNE (E) EN FAMILLE

VOUS ETES : AGE (E) DE + de 70 ans HANDICAPE (E)

VOTRE ETAT CIVIL ET, LE CAS ECHEANT, CELUI DE LA PERSONNE AVEC LAQUELLE VOUS VIVEZ

Mme/M./Mlle Nom..... Prénom Nom de Naissance..... DATE DE NAISSANCE/...../.....

Mme/M./Mlle Nom..... Prénom..... Nom de Naissance...../...../.....

VOS COORDONNEES

Adresse

Bât..... Etage..... Code Postal..... Ville

Téléphone.....

VOTRE ENTOURAGE A CONTACTER EN CAS DE BESOIN

Parent / Voisin / Autre	Nom :	
Parent / Voisin / Autre	Nom :	
Parent / Voisin / Autre	Nom :	

Médecin traitant	Nom :	
Infirmière	Oui <input type="checkbox"/> Nom :	
Assistante sociale	Oui <input type="checkbox"/> Nom :	

LES SERVICES DONT VOUS BENEFICIEZ

Service Aide à Domicile	Oui <input type="checkbox"/>	Nom :	
Ce service s'effectue en : prestataire <input type="checkbox"/> - mandataire <input type="checkbox"/> - gré à gré (chèque emploi-service) <input type="checkbox"/>			
Service de soins infirmiers à domicile	Oui <input type="checkbox"/>		
Livraison des repas à domicile	Oui <input type="checkbox"/>		
Télé-assistance	Oui <input type="checkbox"/>	Nom :	

OBSERVATIONS/SUGGESTIONS :

.....

A RETOURNER PAR MAIL : accueil@chailles41.fr

J'accepte que ces informations que je transmets au Maire de ma commune de résidence soient traitées en mairie et communiquées, seulement en tant que besoin, au Service Interministériel de Défense et de Protection Civile de la Préfecture.

Fait à

Le

Signature