

REGISTRE PLAN CANICULE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

à retourner au Centre Communal d'Action Sociale
 Hôtel de Ville : 48 avenue Charles-de-Gaulle - 91600 SAVIGNY-SUR-ORGE
 Tel : 01.69.54.40.81/ Fax : 01.69.54.40.85
 ccas-senior@savigny.org

MADAME	MONSIEUR
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Nom de jeune fille :	
Date de naissance :	Date de naissance :

Adresse précise :

 Indications complémentaires : (bâtiment, étage, n° appartement)

 Type de logement : individuel immeuble collectif collectif avec gardien

Tél fixe:..... Tél.portable.....

Précisez si vous vivez :

Seul(e): oui / non
en famille : oui / non
autres situations :

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE PAR ORDRE DE PRIORITE:

PRIORITE 1
 Nom/ Prénom : lien de parenté * :

Tél Dom:..... Tél.professionnel.....
 Tel Portable :

PRIORITE 2
 Nom/ Prénom : lien de parenté * :

Tél Dom:..... Tél.professionnel.....
 Tel Portable :

PRIORITE 3
 Nom/ Prénom : lien de parenté * :

Tél Dom:..... tél.professionnel.....
 Tel Portable :

- * enfants, voisins, amis, autres

