

## PLAN CANICULE 2020 - FICHE DE LIEN SOCIAL

**Vous êtes une personne âgée,  
handicapée, isolée résidant à  
Stains**  
**FAITES-VOUS CONNAÎTRE**

**Vous avez déjà transmis la  
fiche les années passées**  
**RÉACTUALISEZ-LA**

**Vous connaissez une personne  
susceptible d'être concernée par  
cette fiche,**  
**AIDEZ-NOUS À LA CONNAÎTRE**

### LES SITUATIONS VOUS PERMETTANT D'ÊTRE RECENSES (cocher les cases correspondantes)

Vous avez :

- + De 65 ans  + de 60 ans et êtes reconnu(e) inapte au travail  
 - de 65 ans et êtes isolé(e)  Un handicap (préciser .....

Vous vivez :

- |                                  |  |   |  |                                     |
|----------------------------------|--|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Seul(e) | <input type="checkbox"/> En couple :<br>Etat du conjoint ? ..... | <input type="checkbox"/> En famille, accompagné(e)<br>Fréquence des présences ? | <input type="checkbox"/> Tout le temps -là | <input type="checkbox"/> Souvent-là |
|                                  |  | <input type="checkbox"/> Rarement-là  | <input type="checkbox"/> Rarement-là       | <input type="checkbox"/> Jamais-là  |

### VOS COORDONNEES - ces informations sont essentielles pour vous contacter

Nom : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance : ..... Age : .....  
 Adresse : .....  
 Bât. : ..... Etage : ..... Porte : ..... Code : .....  
 N° de Téléphone : ..... Portable : .....

### INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES UTILES EN CAS D'URGENCE

Nom et N° de téléphone de l'un de vos proches : .....  
 .....  
 Nom et N° de téléphone de votre médecin traitant : .....  
 .....  
 Recevez-vous des visites ? Oui, tout le temps  Oui, souvent  Oui, un peu   
 Une fois comme ça  Rarement  Jamais   
 Si oui, précisez : (voisins, amis, aide à domicile, portage de repas, soins infirmiers)  
 .....  
 Combien de fois par semaine ? ..... Le week-end   
 Bénéficiez-vous d'un dispositif de télé-assistance ? Oui  Non   
 Pouvez-vous sortir seul(e) ? Oui, sans difficulté  Oui, mais avec difficulté  Non   
 Souhaitez-vous être contacté(e) le week-end ? Oui  Non   
 Allez-vous être absent(e) cet été et à quelle date ? .....

Remplie par : .....

Le : .....

Signature

✉ A retourner à la:

Mairie de STAINS

Service Solidarités/Seniors

6 avenue Paul Vaillant Couturier

BP 73 93240 STAINS