

QUELQUES PRECISIONS

Médecin traitant

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Infirmier(e)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Service d'aide à domicilié

Bénéficiez-vous de services d'aide à domicile ?

Oui

Non

Si oui, quels jours de la semaine : _____

Période de suivi

L'accompagnement de la municipalité s'étend sur toute la période estivale. Afin d'établir un calendrier précis, veuillez nous indiquer les périodes au cours desquelles vous souhaitez être accompagné(es).

Ce questionnaire ne vous engage à rien, si ce n'est à recevoir un appel téléphonique par semaine de la part du CCAS afin d'assurer que tout ce passe bien chez vous. Il n'y aura **AUCUNE VISITE A DOMICILE**.

En cas de forte température ou alerte des services préfectoraux, la salle André Desmulliez sera mise à disposition.
Les personnes concernées seront prévenues par téléphone.

Il sera inutile de renouveler l'inscription chaque année, celle-ci se fera automatiquement. Si vous souhaitez ne plus bénéficier de l'aide de la Ville, il vous suffira alors d'envoyer un courrier au CCAS, 12 bis avenue Paul Bert à Lys-lez-Lannoy.

Fait à Lys-lez-Lannoy, le __ / __ / 2020

Signature du (des) demandeur(s)



Lys-lez-Lannoy
www.lyslezlannoy.fr