

Plan «canicule et risques sanitaires» - QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL

Nom - Prénom .....  
Adresse .....  
Date de naissance .....  
Téléphone .....

A- Vivez-vous seul(e) ?  OUI  NON  
(Les personnes en couple ne sont pas considérées comme vivant seules)

B- Avez-vous de la famille proche ?  OUI  NON

C- Recevez-vous régulièrement des visites ?  OUI  NON  
Si oui, en est-il de même l'été ?  OUI  NON

D- Êtes-vous bénéficiaire d'un service de maintien à domicile ou d'une aide du département ?  OUI  NON

Si oui, lequel ?

- ADMR
- Soins Infirmiers
- SAD vallée Arve
- téléalarme
- autre  .....

E- Votre logement :

- est-il adapté à votre niveau de motricité ?  OUI  NON
- est-il équipé de volets / stores ?  OUI  NON
- d'un ascenseur ?  OUI  NON
- d'un code d'accès ?  OUI  NON
- est-il situé en étage ?  OUI (lequel ..... )  NON

F- Acceptez-vous de figurer sur la liste officielle des personnes susceptibles d'être aidées ?  OUI  NON

**Partie à remplir uniquement si vous avez répondu oui à la question F :**

Personnes à contacter par ordre de priorité (indiquer nom - téléphone - parenté) :

- 1 - .....
- 2 - .....
- 3 - .....

Périodes auxquelles vous êtes susceptible(s) de vous absenter de votre domicile :

.....

Médecin traitant : Docteur ..... Ville .....

Date, signature