

**FICHE DE LIEN SOCIAL**  
**Plan Canicule – Grand froid – Crise sanitaire 2021**  
**Inscription au registre nominatif**

(Prévu à l'article L 121-6-1 du Code de l'action sociale et des familles)

<b>Madame</b> NOM : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....	<b>Monsieur</b> NOM : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....
NOMBRE DE PERSONNE VIVANT AU FOYER : .....	
ADRESSE : N°..... RUE.....	
ÉTAGE : ..... PORTE : .....BÂTIMENT : ..... CODE D'ACCES .....	
TÉLÉPHONE : Fixe : ..... Portable : .....	

<b>QUALITÉ :</b>	<b>Mme</b>	<b>M.</b>
Personne âgée de 65 ans et plus		
Personne âgée de plus de 60 ans reconnue inapte au travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personne âgée de plus de 60 ans bénéficiaire de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personne adulte handicapée bénéficiant de :		
- Allocation Adulte Handicapée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Allocation Compensatrice Tierce Personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Rente d'invalidité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pension d'invalidité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>CONTACTS AVEC LE VOISINAGE :</b>
<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Occasionnels <input type="checkbox"/> Fréquents
Les voisins ont-ils un rôle aidant : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

<b>MÉDECIN TRAITANT :</b>
NOM : .....
ADRESSE : .....
TÉLÉPHONE : .....

<b>PERSONNE A PRÉVENIR :</b>
NOM : ..... Prénom : .....
Lien : .....
ADRESSE : .....
TÉLÉPHONE : Fixe : ..... Portable : .....

<b>SERVICES INTERVENANT À DOMICILE :</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>Cocher la case correspondante et préciser le nom de la structure :</b>
<input type="checkbox"/> Aide à domicile ..... <input type="checkbox"/> Auxiliaire de vie .....
<input type="checkbox"/> Soins infirmiers (associations) - Nom de l'association : .....
<input type="checkbox"/> Service de Soins Infirmiers à Domicile « <b>SSIAD</b> » <input type="checkbox"/> Infirmières libérales .....
Bénéficiez-vous d'un dispositif de télé assistance : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Auprès de quel opérateur ? .....

**ABSENCES :**

Si vous vous absentez dans la période de **juin à septembre 2021**, avez-vous prévu de quitter GRIGNY ? :

OUI                       NON

Précisez les dates de vos absences :

**DÉBUT**..... **FIN**.....

**DÉBUT**..... **FIN**.....

Je soussigné(e),

NOM : .....                      PRENOM : .....

Atteste être :

- la personne pour qui l'inscription est demandée
- être une tierce personne en lien avec la personne pour qui l'inscription est demandée  
(Précisez votre lien : ..... )

A Grigny, le : .....                      Signature :

FICHE À RETOURNER OU A DÉPOSER AU :

**CCAS – Centre Ambroise Croizat - 5, rue des Bâisseurs - 91350 GRIGNY**

*Selon la loi 78-17 du 16 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les informations figurant dans ce document sont confidentielles et font l'objet d'un droit d'accès.*