

## Personne âgée

Je mouille ma peau plusieurs fois par jour  
tout en assurant une légère ventilation et ...

Je ne sors pas  
aux heures les  
plus chaudes.



Je passe  
plusieurs heures  
dans un endroit  
frais ou climatisé.



Je maintiens  
ma maison  
à l'abri de la  
chaleur.



Je mange  
normalement  
(fruits, légumes,  
pain, soupe...).



Je bois environ  
1,5 L d'eau  
par jour.  
Je ne consomme  
pas d'alcool.



Je donne  
de mes nouvelles  
à mon entourage.

## Enfant et adulte

Je bois beaucoup d'eau et ...

Je ne fais  
pas d'efforts  
physiques  
intenses.



Je ne reste pas  
en plein soleil.



Je maintiens  
ma maison  
à l'abri de la  
chaleur.



Je ne consomme  
pas d'alcool.



Au travail, je suis  
vigilant pour  
mes collègues  
et moi-même.



Je prends  
des nouvelles de  
mon entourage.



# CANICULE & GRAND FROID

2020/2021

## Questionnaire de recensement

Je soussigné(e) ....., demande mon inscription au registre nominatif du plan communal « Canicule et grand froid » de la Ville de Sénas, afin de pouvoir être recensé (e) par le CCAS et être contacté(e) en cas de déclenchement du plan départemental d'alerte :

OUI  NON

**Merci de bien vouloir remplir les informations suivantes :**

	Vous	Votre conjoint
Nom		
Prénom		
Né(e) le		

**Adresse :** .....

**Votre numéro de téléphone:** Domicile : ..... Mobile : .....

**Personne à contacter en cas de problème:**

Nom : ..... N° de téléphone : .....  
Nom et N° de téléphone de votre médecin : .....

**Vous vivez :** En couple  Seul(e)  Chez la famille

**Vous êtes bénéficiaire d'une des prestations suivantes (vous pouvez cocher plusieurs cases):**

- Service d'aide à domicile
- Service de soins infirmiers à domicile
- Autre, nom et N° de la structure
- Soignant paramédical libéral
- Aucun service

**Vous êtes autonome :**

A l'intérieur de votre logement : OUI  NON  A l'extérieur : OUI  NON

**Auto-évaluation du degré d'autonomie, vous-vous considérez... :**

- Tout à fait autonome
- Moyennement autonome
- Peu autonome
- Pas du tout autonome

**Possédez-vous un moyen de transport ? :**

- Voiture
- Vélo
- Votre famille
- Amis, nom et adresse

.....  
.....  
 Autres, nom et adresse

**Capacité à donner l'alerte :**

Utilise le téléphone pour appeler	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Utilise le téléphone pour répondre	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Télé assistance	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

**Présentez-vous des troubles sensoriels :**

Ouïe	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Vue	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Expression	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

**Isolement :**

Voyez-vous votre famille	une fois par jour	<input type="checkbox"/>
	une fois par semaine	<input type="checkbox"/>
	une fois par mois	<input type="checkbox"/>
	quelques fois par an	<input type="checkbox"/>
Voyez-vous vos amis	une fois par jour	<input type="checkbox"/>
	une fois par semaine	<input type="checkbox"/>
	une fois par mois	<input type="checkbox"/>
	quelques fois par an	<input type="checkbox"/>

**Précisez vos périodes d'absences entre novembre/février et juin/septembre :**

.....

**Document à remettre à :**

- Dans la boîte aux lettres du C.C.A.S, à la maison du Planet
  - Auprès de Mme SANSELME Isabelle, Adjointe au C.C.A.S à l'accueil de la Mairie
- Sous réserve d'étude et d'acceptation de votre dossier

Date :

Signature :