

REGISTRE CANICULE

IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

Nom : _____
 Prénom : _____
 Adresse : _____

 81600 GAILLAC
 Tél : _____
 Date de Naissance : _____

SITUATION DU BENEFICIAIRE

- Vous vivez seul
- Vous avez de la famille sur Gaillac ou à proximité (ville : _____)
- Vous avez une Aide à Domicile – Nom de l'Association qui intervient : _____
- Vous avez le Portage de Repas à Domicile – Nom de l'organisme qui vous livre : _____
- Vous avez des Soins Infirmiers

COORDONNEES FAMILLE / ENTOURAGE

CONTACT 1

Nom : _____
 Prénom : _____
 Adresse : _____

 N° Tel : _____

CONTACT 2

Nom : _____
 Prénom : _____
 Adresse : _____

 N° Tel : _____

ENTOURAGE

Nom du Médecin : _____
 Nom du Cabinet Infirmier : _____
 Nom du Représentant Légal : _____

ABSENCES du 1^{er} juillet 2025 au 30 septembre 2025

Merci de nous indiquer les périodes durant lesquelles vous serez absent(e)s de votre domicile – Cases à cocher

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
JUILLET	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	
AOUT	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	
SEPT.	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	

Conformément à l'article 34 de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez obtenir communication, et le cas échéant rectification ou suppression des informations vous concernant en vous adressant à M. Le Président du C.C.A.S. de la ville de Gaillac

Date et Signature :