

Questionnaire en vue de l'inscription au registre communal

Votre identité

- Nom – Prénom :
- Date de naissance :
- Adresse :
- Téléphone : Mail.....

Autre personne vivant au domicile :

- Nom – Prénom : Lien :
- Date de naissance :
- Téléphone : Mail.....

Mieux vous connaître

Vous bénéficiez de prestations à domicile, merci de nous indiquer les services dont vous disposez :

- Aide à domicile (nom du service et jours d'interventions) :
- Soins infirmiers (nom du cabinet et fréquence des soins) :
- Téléassistance (nom de l'opérateur) :
- Portage de repas (nom du prestataire) :

Vous recevez des visites en dehors des professionnels intervenants à domicile :

- Tous les jours
- Au moins une fois par semaine
- Moins d'une fois par mois/rarement

Coordonnées des personnes à contacter en cas d'urgence :

- Nom – Prénom : Lien :
- Adresse :
- Téléphone/mail :

Les coordonnées de votre médecin traitant :

- Nom - Prénom :
- Téléphone :

Si vous avez rempli ce questionnaire pour une tierce personne, merci d'indiquer vos coordonnées :

- Nom - Prénom :
- Téléphone / mail :

Fait à Igny, le :

Signature :

**Ce questionnaire est à retourner au pôle seniors - 4 rue Ambroise Croizat - Igny
Par courrier ou par mail poleseniors@igny.fr – Tél 01 69 33 22 13**

En vertu du Règlement général sur la protection des données (RGPD) vous êtes propriétaire de vos données. À ce titre vous pouvez résilier votre inscription sur ce registre par un simple mail ou courrier à nos services.