

Personne(s) à contacter en cas de non réponse :

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Qualité :

Qualité :

Adresse :

Adresse :

.....

.....

Téléphone fixe :

Téléphone fixe :

Tél. professionnel :

Tél. professionnel :

Portable :

Portable :

Interventions dont vous bénéficiez :

Service d'aide à domicile

Intitulé du service :

Adresse et téléphone :

Service de soins infirmiers à domicile

Intitulé du service :

Adresse et téléphone :

Médecin traitant

Nom :

Adresse et téléphone :

Autre service

Intitulé du service :

Adresse et téléphone :

• **Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler aux services municipaux toute modification concernant ces informations.**

• **La radiation du fichier peut se faire à tout moment et à la demande écrite de l'intéressé(e).**

• **Les informations sont recueillies, transmises et utilisées dans des conditions garantissant leur confidentialité.**

Si l'équipe appelante n'obtient aucune réponse aux numéros communiqués ci-dessus elle fera déplacer à votre domicile une équipe mobile.

En cas de non réponse de votre part à l'équipe mobile, vous autorisez la Ville de Bussy Saint-Georges à faire appel aux services d'urgence.

OUI

NON

Fait à Bussy Saint-Georges le2017

Signature obligatoire :

Pour toute demande de renseignements :

Centre Communal d'Action Sociale- 2 passage Carte à Bussy Saint Georges

☎ : 01 64 66 61 92