



REGISTRE CANICULE

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Personne de 65 ans

Personne de 60 ans reconnue inapte au travail

Personne adulte handicapée

Adresse :

Téléphone :

Service intervenant à domicile :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom et qualité de la tierce personne qui effectue la demande :

Date de la demande :

Signature :

Radiation :

Signature :