

Fiche sanitaire **confidentielle** de situation

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Résident permanent

Résident secondaire

Personne à prévenir : Nom, prénom et coordonnées

Particularités : Vous devez préciser si vous présentez un handicap (*non-voyant, malentendant, personne à mobilité réduite, etc*), si vous recevez des soins quotidiens à domicile et le cas échéant les coordonnées de l'intervenant, si vous utilisez un matériel médical nécessitant de l'électricité (dialyse, fauteuil électrique...), si vous bénéficiez des plateaux repas, de l'ADMR, d'Axeo (...) ou si vous avez toute autre forme de vulnérabilité.

Je soussigné(e).....
accepte que mon nom figure sur la liste confidentielle des personnes vulnérables du PCS.

Signature :