

**REPERAGE DES PERSONNES VULNERABLES**  
**Recueil d'informations**

▪ **Personne vulnérable :**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Âge :

Médecin traitant : - Nom  
- Prénom  
- Téléphone

▪ **Personne de l'entourage à prévenir en cas d'urgence :**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

▪ **Service d'aide à domicile :\***

	Nom de l'association ou organisme	Téléphone
Soins infirmiers		
Aide-ménagère		
Portage repas		
Téléalarme		

▪ **Equipement médical à alimentation électrique:**

Type	Alimentation électrique autonome à 2 heures (renseigner OUI ou NON)

***A remplir par le service***

Date de dernière mise à jour :

A Remiremont, le

« Signature »

*Merci de bien vouloir retourner ce formulaire à l'adresse suivante : C.C.A.S. de Remiremont  
5 Place du Batardeau  
88200 REMIREMONT*

*Téléphone : 03 29 23 39 08*