

Plan canicule communal

En complétant ce formulaire, je confirme et souhaite que le Centre médico-social Martigny & Régions me contacte lors de chaque période officielle d'alerte canicule déclenchée par le médecin cantonal (entre le 15 mai et le 15 septembre).

Identité et informations importantes de la personne inscrite

Nom / Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

N° de téléphone : _____

Réside seul-e à son domicile : ☐ Oui ☐ Non

Réside avec une autre personne : ☐ Oui ☐ Non

Coordonnées du conjoint ou autre personne : _____

Aide et soins à domicile

Je reçois régulièrement des soins du CMS Martigny & Régions :

☐ Oui ☐ Non

Remarque

En cas de non-réponse de ma part, j'autorise l'infirmière du CMS Martigny & Régions à :

1. Contacter la personne à prévenir en cas d'urgence ;
2. Organiser une visite à mon domicile dans les 24 heures et à donner les suites qui s'imposent, si la personne à prévenir en cas d'urgence ne répond pas.

Personne à prévenir en cas d'urgence

Lien (famille, amis, etc.) : _____

Nom / Prénom : _____

Adresse : _____

N° de téléphone : _____

Date : _____ Signature : _____