



SERVICE TRANSPORT AUCAMVILLE

Monsieur

Madame

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Date et lieu de naissance :

.....

.....

✓ Adresse:

.....

✓ N° de téléphone :

✓ Date d'inscription:

✓ Objet du transport

Commerces

Médecins

Kiné

Club des aînés / Loisirs

Cimetière

Autre :

✓ Personnes à contacter en cas de problèmes (parents, voisins, amis : Nom, adresse, n° de téléphone) :

-

-

✓ Médecin traitant (nom, adresse) :

.....

✓ Bénéficiez-vous de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie(APA) ? oui non

✓ Bénéficiez-vous d'un service d'aide à domicile

Si oui, lequel :

Les informations communiquées dans le formulaire ci-dessus sont exclusivement destinées au CCAS d'Aucamville. Comme prévu par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression des informations vous concernant, que vous pouvez exercer à tout moment en adressant votre demande à :

CCAS d'Aucamville – MAIRIE – BP 80213 – 31142 SAINT –ALBAN CEDEX Tél. : 05 34 27 03 58



AUCAMVILLE
Centre Communal d'Action Sociale

Centre Communal d'Action Sociale

DOCUMENT A CONSERVER

SERVICE TRANSPORT AUCAMVILLE

Personne à contacter en cas de besoin :

CECILE BOUSSUGE : 06.34.23.06.67

CCAS : 05.34.27.03.58

MAIRIE : 05.62.75.94.94