

FICHE D'INSCRIPTION

NOM :

Prénom :

ADRESSE :
.....

TELEPHONE :

Fixe :

Portable :

LOGEMENT :

Logement sous combles : oui

non

AGE :

POUR QUELLE RAISON VOUS ESTIMEZ-VOUS EN SITUATION DE RISQUE ?

Handicap Maladie Isolement

Autres (précisez)

**PERSONNE DE L'ENTOURAGE A CONTACTER (FAMILLE, VOISIN, AMI),
SI BESOIN, PENDANT LA PERIODE D'ETE :**

Nom :

Adresse :

Téléphone : Fixe : Portable :

ETES-VOUS BENEFICIAIRE DE L'APA ? oui Non

Si oui,

Quel est le service qui intervient à votre domicile ?

Coordonnées de votre aide à domicile :

Nom :

Téléphone : Fréquence de passage :

BENEFICIEZ-VOUS DE L'INTERVENTION D'AUTRES SERVICES ? oui non

Si oui,

Service de soins infirmiers (ou aide soignante) à domicile, lequel :

Nom de votre intervenant à domicile :

Téléphone : Fréquence de passage :

Service de portage de repas, lequel :

Nom de votre intervenant à domicile :

Téléphone : Fréquence de passage :

Heures ménagères :

Nom de votre intervenant à domicile :

Téléphone : Fréquence de passage :

Autres (précisez) :

Nom de votre intervenant à domicile :

Téléphone : Fréquence de passage :

QUEL EST VOTRE MEDECIN TRAITANT ?

Nom :

Adresse :

Téléphone :

J'accepte que ces données soient insérées dans un fichier, éventuellement informatique, utilisé pour permettre une intervention à domicile en cas de besoin.

Date, Signature,