

## Fiche de Renseignements

(A retourner à la mairie)

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : ..... N° de portable  
.....

Situation familiale :     vit seul(e)                       en couple                       en famille

### Entraide possible de Proximité

	<u>OUI</u>	<u>Adresse</u>	<u>N° de téléphone</u>	<u>NON</u>
Enfants				
Famille				
Voisins				
Autre : <i>précisez</i>				

Interventions d'aide(s) extérieur(s) :

- Aide à domicile                      Auxiliaire  de vie                      Soins à domicile   
 Repas à domicile                      Téléassistance   
 Autres : .....

Nom du médecin traitant : .....                      Nom de l'infirmier(e) libéral(e) : .....

N° de téléphone : .....                      N° de téléphone : .....

Date : .....

Signature (obligatoire) :

