

Lien de parenté du REF	Nom - Prénom	Adresse complète (avec ville et code postal)	Téléphone	Plage horaire d'appel
PERSONNE DE CONFIANCE				
REF 1		mail :		
REF 2		mail :		
REF 3		mail :		
REF 4		mail :		

Fait à FOUGERES, le

Signature (obligatoire) :

- DOCUMENTS À FOURNIR**
AVEC LE DOSSIER D'INSCRIPTION
- Imprimé personne de confiance (falcutatif)
 - Avis d'imposition ou de non-imposition
 - R.I.B.
 - Copie couleur de la carte d'identité recto-verso
 - Copie couleur de la carte d'assuré social
 - Copie couleur de la carte de mutuelle
 - GRILLE AGGIR remplie par votre médecin traitant

Situation du demandeur		Entourage / Vie sociale	
Age :	SEUL <input type="checkbox"/> COUPLE <input type="checkbox"/>	Relations familiales :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Situation familiale :	SEUL <input type="checkbox"/> COUPLE <input type="checkbox"/>	Relations extérieures (amis, voisins, ...) :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Situation professionnelle :		Adhésion à des associations/clubs :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Ville de provenance :		Si oui, de quel type :	
Type de logement :	Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/>	Si non pourquoi :	
	Si locataire, montant du loyer charges comprises : _____	Précisions éventuelles :	
	Montant APL : _____	Relations extérieures (amis, voisins, ...) :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Motif de la demande : _____		Précisions éventuelles :	
	(inadaptation de logement, solitude, santé...)	Passage d'un service de soins à domicile (SSAD) :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
		Demande envisagée :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
		Passage d'un service d'aide à domicile (SAAD) :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
		Demande envisagée :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
		Si oui, quel organisme : _____	
		Passage d'un service de soins à domicile (SSAD) :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
		Demande envisagée :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
		Si oui, quel organisme : _____	
		Souhait de participer aux animations proposées par la résidence :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
		Si oui, de quel type :	
		Autre : _____	
		Lit/regoit le journal :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
		Abonnement revues :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
		Fumeur :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
		Coiffeur :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
		Pédicure :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
		Autre : _____	
		Préciser : _____	