

Nom Prénom

Adresse

Date de naissance

Téléphone fixe Portable

SITUATION Vous vivez Avec un membre de la famille AIDANT au quotidien en cas de difficulté
 Avec un membre de la famille NON AIDANT au quotidien en cas de difficulté
 Seul(e)

AIDE A DOMICILE

Vous bénéficiez de service d'aide à domicile (*mettre une croix les jours d'intervention de l'organisme*)

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche	Nom de l'organisme
Aide à domicile								
Infirmière à domicile								
Téléassistance								
Portage de repas								
Autre								

COORDONNEES MEDECIN TRAITANT

PROTECTION JURIDIQUE

Bénéficiez-vous d'une protection juridique ? Oui Non

Si oui, précisez les coordonnées de votre tuteur ou curateur.....

FAMILLE

A quelle fréquence êtes-vous en lien avec vos proches ? (*Visites et/ou contacts téléphoniques*)

1 ou plusieurs fois /semaine 1 ou plusieurs fois /mois Quelques fois dans l'année jamais

POUVEZ-VOUS SORTIR SEUL(E) à l'extérieur de chez vous ? Oui Non

PERSONNE(S) A CONTACTER si vous ne répondez pas

Nom	Prénom	Adresse	Téléphone	Lien (famille, voisin, ami...)	Dispose des clés

ABSENCES PREVUES CET ETE

Pensez-vous vous absenter de votre domicile ? Oui Non

Si oui, à quelle date ? Du Au

Date

Signature

En cas d'absence imprévue ou de tout changement dans votre situation, merci d'informer le pôle prévention seniors du CCAS