

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

POUEZ-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 CCASS