

**Vos coordonnées :**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Etage : .....

Code d'entrée : .....

Téléphone : .....

Nom de votre médecin traitant : .....

.....

.....

**Commentaires :**

**Votre situation :**

- Vous êtes handicapé (e)
- Vous vivez seul (e)
- Votre famille est éloignée
- Vous rencontrez des difficultés d'ordre sensoriel ou moteur
- Votre logement est inadapté (mal ventilé, étage sans ascenseur...)

**Vous bénéficiez :**

- de services de soins à domicile
- d'un service d'aide à domicile
- du service du portage des repas
- de la téléalarme

**PERSONNES À PRÉVENIR :**

NOM et prénom : .....

Adresse : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

NOM et prénom : .....

Adresse : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Bulletin rempli par : l'intéressé  Autre

Si autre, précisez : Nom : ..... Téléphone : .....

Qualité : .....

**Date :**

**Signature :**

**Fiche à retourner au Service Personnes Agées – « L'Arche » – 79 avenue de la République - 38170 SEYSSINET-PARISSET.**

**Ces renseignements sont importants pour nous permettre de vous apporter en cas de besoin un soutien. Ils demeurent parfaitement libres et volontaires et leur confidentialité est assurée par le Service Personnes Agées du Centre Communal d'Action Sociale.**