

Fiche d'inscription confidentielle
Des personnes vulnérables

Je m'inscris :

Nom : Prénom Date de Naissance

Adresse

Téléphone Portable

Autre personne à domicile :

Nom: Prénom Date de Naissance

Les intervenants à votre domicile :

<input type="checkbox"/> Service à domicile, lequel.....	Portage de repas à domicile :
<input type="checkbox"/> Soins infirmiers à domicile	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Infirmier(e), coordonnées.....	Lequel :
Médecin traitant :	Téléalarme : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Laquelle :

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence :

Nom : Prénom Lien avec vous

Adresse

Téléphone Portable

Nom: Prénom Lien avec vous

Adresse

Téléphone Portable

Votre entourage est absent, vous vous sentez seul(e), vous souhaitez que nous prenions de vos nouvelles par un appel téléphonique ou une visite à votre domicile régulièrement :

☼ oui non

DATE :

SIGNATURE OBLIGATOIRE :