



RÉseau Social d'Aides à la Personne

Fiche de renseignements sur le bénéficiaire

Cadre réservé à RESO'AP Fiche reçue le : __/__/__ Par courrier Par Mail

IDENTIFICATION DU BENEFCIAIRE :

Nom – Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Etage : Numéro de porte : Interphone : Oui Non

Conditions d'accès :

Type d'habitation : Appartement Maison

☎ Domicile : ☎ Portable :

Adresse mail : @

Date de naissance : __/__/__

Tutelle : Oui Non Curatelle : Oui Non Ou Autre :

Nom du tuteur :

Adresse :

Code postal : Commune :

Adresse mail : @

COMMENT AVEZ-VOUS EU CONNAISSANCE DE L'ASSOCIATION ?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> MSA | <input type="checkbox"/> Générations Mouvement | <input type="checkbox"/> Mairie/CCAS |
| <input type="checkbox"/> Centre Social | <input type="checkbox"/> Cabinet Médical | <input type="checkbox"/> Hôpital |
| <input type="checkbox"/> CLIC | <input type="checkbox"/> Assistantes sociales | <input type="checkbox"/> ADMR |
| <input type="checkbox"/> Familles Rurales | <input type="checkbox"/> Le Perquoi | <input type="checkbox"/> Bouche à oreille |
| <input type="checkbox"/> Réunion Publique | <input type="checkbox"/> Site internet | <input type="checkbox"/> Commerces |
| <input type="checkbox"/> Presse/Radio | <input type="checkbox"/> Autres (préciser)..... | |

ELEMENTS A SIGNALER AUX BENEVOLES :

Avez-vous :

- Des difficultés à marcher ?
- Marchez-vous avec une canne ?
- Un déambulateur ?
- Des problèmes de vue ?
- Des difficultés au niveau de l'ouïe ?

Autres éléments à signaler :



RÉseau Social d'Aides à la Personne

SITUATION DU BENEFICIAIRE :

Seul En couple Vit avec sa famille Autre

Etes-vous ressortissant MSA Adhérent Générations Mouvement

ADHESION A UN CLUB (préciser : gym, jeux de cartes, loisirs, etc.) :

.....

Avez-vous un animal ? Oui Non Préciser :.....

TYPE D'ACCOMPAGNEMENT SOUHAITE : (Plusieurs réponses possibles)

A domicile (Visites de convivialité, discuter, jouer aux cartes, lecture, etc.)

Hors domicile :.....

Si vous souhaitez des fréquentations régulières, merci de préciser les jours et horaires :

.....

PERSONNE (S) A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

En priorité :

Lien de parenté :..... Nom-Prénom :.....

Adresse :.....

Code postal :..... Commune :.....

☎ Domicile :..... ☎ Portable :.....

Si indisponible :

Lien de parenté :..... Nom-Prénom :.....

Adresse :.....

Code postal :..... Commune :.....

☎ Domicile:..... ☎ Portable :.....

COMMENTAIRES :

.....

.....

Cette fiche vaut adhésion à RESO'AP (cotisation annuelle : 6 €/an, à régler par chèque).

Pour une bonne gestion, nous vous remercions de :

- Prévenir en cas d'annulation de la demande d'accompagnement.
- Prévenir minimum **deux jours** avant (sauf pour le lundi où il faut prévenir le jeudi dernier délai)
- **Ne pas contacter directement les bénévoles pour programmer les accompagnements.**

Fait à :..... Le :.....

Signature :