



# 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 :**

Civilité : .....  
 Nom – Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... Commune : .....  
 Etage : ..... Numéro de porte : ..... Interphone : .....  
 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 : .....  
 Téléphone : .....  
 Adresse mail : ..... @ .....

### **COMMENT AVEZ-VOUS EU CONNAISSANCE DE L'ASSOCIATION ?**

*Cocher la case*

<input type="checkbox"/>	MSA	<input type="checkbox"/>	CLIC	<input type="checkbox"/>	Médical
<input type="checkbox"/>	Génération Mouvement	<input type="checkbox"/>	ADMR	<input type="checkbox"/>	Bouche à oreille
<input type="checkbox"/>	Mairie, CCAS, centres sociaux	<input type="checkbox"/>	Assistants sociaux	<input type="checkbox"/>	Commerces
<input type="checkbox"/>	Réunion Publique	<input type="checkbox"/>	Presse, radio	<input type="checkbox"/>	Site internet
<input type="checkbox"/>	Famille de la Sarthe	<input type="checkbox"/>	René Hulot	<input type="checkbox"/>	La Pouponnière
<input type="checkbox"/>	Sarthe Habitat	<input type="checkbox"/>	Autres : .....		

### **ELEMENTS A SIGNALER AUX BENEVOLES :**

Avez-vous :

- Des difficultés à marcher ?
  - Canne
  - Béquilles
  - Déambulateur
  - Fauteuil roulant
- Des problèmes de vue ?
- Des difficultés au niveau de l'ouïe ?

Autres éléments de santé importants à signaler : .....



## RÉseau Social d'Aides à la Personne

### SITUATION DU BENEFICIAIRE :

Seul    En couple    Vit avec sa famille    Autre (foyer logement, EHPAD...)

Etes-vous ressortissant MSA  Adhérent Générations Mouvement

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 :.....

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

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

Adresse :.....

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

☎ Domicile :..... ☎ Portable :.....

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

Adresse :.....

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

☎ Domicile:..... ☎ Portable :.....

### COMMENTAIRES :

.....  
.....

### Pour une bonne gestion, nous vous remercions de :

- **Prévenir en cas d'annulation 48H** avant sinon l'accompagnement sera facturé.
- 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.**

**Cette fiche vaut adhésion à RESO'AP (cotisation annuelle : 7 €/an, à nous retourner par chèque avec un RIB).**

Fait à :.....

Le :.....

Signature :