

Fiche de Renseignements

(A retourner à la mairie)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

N° de téléphone : N° de portable :

Situation familiale : vit seul(e) en couple en famille

Entraide possible de Proximité

	<u>OUI</u>	<u>Adresse</u>	<u>N° de téléphone</u>	<u>NON</u>
Enfants				
Famille				
Voisins				
Autre : <i>précisez</i>				

Interventions d'aide(s) extérieur(s) :

Aide à domicile Auxiliaire de vie Soins à domicile

Repas à domicile Téléassistance

Autres :

Nom du médecin traitant :

Nom de l'infirmier(e) libéral(e) :

N° de téléphone :

N° de téléphone :

Date :

Signature (obligatoire) :

J'autorise ce site à conserver mes données personnelles transmises via ce formulaire. Aucune exploitation commerciale ne sera faite des données conservées. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter : contact@bourganeuf.fr