

A REMPLIR SOIT :

- par la personne âgée, handicapée, isolée
- par son représentant légal
- par un tiers (médecin, parent, ami, voisin)
- par la mairie

**IDENTIFICATION DU DEMANDEUR**

M  Mme  Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : .....

Vivez-vous seul(e) : Oui  Non

Percevez vous l'allocation départementale d'autonomie (APA) : Oui  Non

Demandez-vous votre inscription : en raison d'un handicap Oui  Non   
en raison de votre âge Oui  Non

**DOMICILE DU DEMANDEUR**

Téléphone habituel ..... Autre numéro éventuellement.....

Adresse .....

Bâtiment, Hall, Escalier .....

Code d'entrée.....Étage .....

**DATES D'ABSENCES PREVUES ENTRE LE 1<sup>ER</sup> JUIN ET LE 31 AOUT 2015**

Juin .....

Juillet .....

Août.....

**PERSONNES DE VOTRE ENTOURAGE A PREVENIR EN CAS DE DIFFICULTES**

1/ Nom et prénom .....Téléphone.....

Qualité (enfants, petits enfants, voisins ....).....

2/ Nom et prénom.....Téléphone.....

Qualité (enfants, petits enfants, voisins ....).....

**REFERENCES DU SERVICE MEDICAL, PARAMEDICAL ou SOCIAL EN CONTACT AVEC VOUS**

Nom.....Téléphone .....

Adresse.....

**SI VOUS REMPLISSEZ CE QUESTIONNAIRE POUR LE BENEFICIAIRE, PRECISEZ VOS COORDONNEES**

M  Mme  Nom : ..... Prénom : .....

Adresse.....

Téléphone.....

Représentant légal : Oui  Non

A Saint-Didier-au-Mont-d'Or, le ..... Signature