

Le bénéficiaire :

Nom : Prénom :

Adresse :

Ville :

Nom/adresse du tuteur/curateur (le cas échéant) :

Soit Pôle de distribution : Bergues Hondschoote Wormhout Cappellebrouck

Téléphone : Portable :

Courriel :

Date de naissance : / / Mode de paiement : tickets tuteur/curateur * autres *

Précisez : (* demandez les éléments nécessaires à l'établissement de la prise en charge)

Le(s) référent(s) du bénéficiaire (par ordre de priorité) : (à renseigner obligatoirement en cas de problème)

	Nom	Prénom	Téléphone	Commune	Lien avec le bénéficiaire
1					
2					
3					

Nom et coordonnées du médecin traitant :

Les intervenants à domicile : (cocher les moments d'intervention et préciser l'intervenant :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matin							
Midi							
Après-midi							
Soir							

► Le bénéficiaire est-il suivi par le CLIC ? Oui Non

► Le bénéficiaire a-t-il le service de la Téléalarme ? Oui Non

► A-t-on une clé de l'habitation ? (que si nécessaire) Oui Non

► Fait-il des sorties hors du domicile ? Oui Non

Si oui précisez :

► Nom de la caisse de retraite dont dépend le bénéficiaire :

Commentaires : (toute information importante pour le service : régime particulier, allergies, difficulté à se déplacer...)