



FICHE DE RENSEIGNEMENTS SENIORS – CCAS – FOYER BOUQUET D'AUTOMNE

NOM : _____ PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

TELEPHONE PORTABLE : _____ TELEPHONE FIXE : _____

COURRIEL : _____

SITUATION FAMILIALE : _____

ADRESSE : _____

COMPLEMENT (n° appartement, étage,..) : _____

VILLE : **95470 – FOSSES**

- JE SOUHAITE M'INSCRIRE DANS LE REGISTRE COMMUNAL ET ETRE CONTACTE.E EN CAS D'URGENCE ET EVENEMENT SANITAIRE EXCEPTIONNEL.
- JE SUIS ISOLE.E, SANS AIDANT, SANS FAMILLE PROCHE ET/OU JE SOUHAITE QUE L'ON PRENNE DE MES NOUVELLES REGULIEREMENT.
- JE SOUHAITE AVOIR DES INFORMATIONS SUR MES DROITS (AMENAGEMENT DOMICILE, VACANCES, AIDE A DOMICILE, ...) AUTRES PRECISEZ : _____
- JE SUIS INTERESSE.E PAR DES SORTIES OU ACTIVITES OU VIE CITOYENNE.
- JE SUIS INTERESSE.E POUR ETRE BENEVOLE, PRECISEZ LE DOMAINE : _____

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM : _____ PRENOM : _____

TELEPHONE : _____

LIEN AVEC VOUS : _____

ADRESSE : _____

COURRIEL : _____

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT : _____