



HALTE REPIT

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

La personne accueillie

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Code Postal :

Ville :

Numéro de téléphone :

Ancienne profession :

Personne à prévenir en cas de problème :

Lien avec la personne âgée :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Régime de sécurité sociale : Général MSA Autre

Mutuelle :

Tarifs : 3.10 € la séance

Ses proches

Nom et Prénom de l'aidant familial :

Lien de parenté :

NOM	PRENOM	AGE	TELEPHONE	Lien de parenté (*)		

(*) : E = enfant

PE = petit enfant

N = neveu/niece

Je soussigné(e) certifie l'exactitude des renseignements fournis et déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de la halte répit, que j'approuve.

Fait le :

A :

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :