

DEMANDE D'INSTALLATION C.C.A.S. DE VELLERON

FUTUR BENEFICIAIRE

Coordonnées de bénéficiaire

Nom	
Prénom	
Sexe	
Date de naissance	
Adresse complète	
Code postal	
Commune	
Numéro de téléphone	

Niveau de ressources (cochez la case)

Jusqu'à 700€
 De 701€ à 900€
 De 901€ à 1100€
 De 1101€ à 1300€
 Plus de 1300€ (hors convention)

ETAT DE SANTE

Problèmes cardio-vasculaire Handicap physique Rien à signaler
 Difficultés de déplacement Troubles de l'audition
 Difficultés d'élocution Troubles de la vision
 Autres difficultés A préciser : _____

MEDECIN TRAITANT

Coordonnées du médecin

Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Adresse complète	
Code postal	
Commune	
Numéro du cabinet	
Numéro du domicile	

PERSONNE A CONTACTER POUR L'INSTALLATION

Coordonnées de la personne

Nom	
Prénom	
Numéro de téléphone	

LES INTERVENANTS

Coordonnées de l'intervenant 1
Obligatoire

Dispose des clefs

Nom	
Prénom	
Sexe	
Date de naissance	
Adresse complète	
Code postal	
Commune	
Téléphone domicile	
Téléphone travail	
Téléphone portable	
Qualité	

Coordonnées de l'intervenant 2
Obligatoire

Dispose des clefs

Nom	
Prénom	
Sexe	
Date de naissance	
Adresse complète	
Code postal	
Commune	
Téléphone domicile	
Téléphone travail	
Téléphone portable	
Qualité	

Coordonnées de l'intervenant 3
Facultatif

Dispose des clefs

Nom	
Prénom	
Sexe	
Date de naissance	
Adresse complète	
Code postal	
Commune	
Téléphone domicile	
Téléphone travail	
Téléphone portable	
Qualité	

Coordonnées de l'intervenant 4
Facultatif

Dispose des clefs

Nom	
Prénom	
Sexe	
Date de naissance	
Adresse complète	
Code postal	
Commune	
Téléphone domicile	
Téléphone travail	
Téléphone portable	
Qualité	