

Photo  
d'identité  
àagrafer

# Dossier d'inscription

## Hébergeur

Cadre réservé à l'association

N° de dossier :

Date d'enregistrement :

### État civil

Mr  Mme

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... à : ..... Âge : .....

Nationalité : .....

Statut: Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)

depuis : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

..... @ .....

\*: .....

### Vous

Centres d'intérêts : .....

Qualités (au moins 3) : .....

Défauts (au moins 3) : .....

Ancienne profession : .....

Profession du conjoint : .....

Vivez-vous seul(e) ? OUI  NON

Conduisez-vous ? OUI  NON

Avez-vous une voiture ? OUI  NON

Êtes-vous fumeur/se ? OUI  NON

Avez-vous des animaux domestiques ? OUI  NON

Si oui, lesquels ? .....

Heures de lever : ..... de coucher : .....

Avez-vous (eu) des problèmes de santé ? OUI  NON

Si oui, lesquels ? .....

### Famille

Avez-vous des enfants ? OUI  NON  Si oui, combien ? .....

Nom(s) + lieu(x) de résidence : .....

Avez-vous des petits-enfants ? OUI  NON  Si oui, combien ? .....

Votre famille vous rend-elle visite ? OUI  NON

Si oui, à quelle fréquence ? .....

Votre famille soutient-elle votre projet ? OUI  NON

### Aides

Bénéficiez-vous de services d'aide à domicile ? OUI  NON

Si oui, lequel/lesquels + fréquences (heures hebdomadaires) ?

Aide ménagère  ..... Aide soignant  ..... H

Infirmier  ..... H Kiné  ..... H

Portage de repas  Dame de compagnie

Autre(s) : .....

Êtes-vous équipé(e) d'une télalarme/téléassistance ? OUI  NON

Êtes-vous déjà inscrit(e) pour un accueil dans une maison de

retraite ? OUI  NON

Si oui, date de l'inscription : .....

NOM : ..... Prénom : ..... Âge : .....

Date de début de cohabitation souhaitée : ..... / ..... / .....

Formule souhaitée : solidaire  conviviale

Contrepartie financière : ..... €

Quartier : .....

### Notre action

Comment avez-vous connu notre association ?

Bouche à oreille  Médias  Recherche Internet

Autre : .....

Quelles sont vos motivations pour choisir ce mode de logement ?

### Contacts (personnes à prévenir en cas d'accident)

Nom : .....

Lien (de parenté...) : .....

Ville : .....

\* : .....

Nom : .....

Lien (de parenté) : .....

Ville : .....

\* : .....

Nom du médecin traitant : .....

\* : .....

