

Photo
d'identité

Dossier de candidature Hébergeur



Etat 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 ?
Ville(s) 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, lesquels + fréquences (Heures hebdomadaires) ?
Aide ménagère H Aide soignant H
Infirmier H Kiné H
Portage de repas
Autre(s) :
Êtes-vous équipé(e) d'une téléassistance ? OUI NON
Êtes-vous inscrit(e) pour un accueil dans une maison de retraite ?
OUI date d'inscription : NON

Bénéficiez-vous d'une pension de retraite du régime général (CNAV) : OUI NON Je ne sais pas

NOM : Prénom : Âge :

Date de début de cohabitation souhaitée : / /

Formule souhaitée : solidaire conviviale

Participation 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 :

* :

