

**Le bénéficiaire :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Ville : .....

Nom/adresse du tuteur/curateur (le cas échéant) : .....

Soit Pôle de distribution :  Bergues  Hondschoote  Wormhout  Cappellebrouck

Téléphone : ..... Portable : .....

Courriel : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Mode de paiement :  tickets  tuteur/curateur \*  autres \*

Précisez : ..... (\* demandez les éléments nécessaires à l'établissement de la prise en charge)

**Le(s) référent(s) du bénéficiaire (par ordre de priorité) :** (à renseigner obligatoirement en cas de problème)

	Nom	Prénom	Téléphone	Commune	Lien avec le bénéficiaire
1					
2					
3					

**Nom et coordonnées du médecin traitant :** .....

**Les intervenants à domicile :** (cocher les moments d'intervention et préciser l'intervenant : .....

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matin							
Midi							
Après-midi							
Soir							

► Le bénéficiaire est-il suivi par le CLIC ?  Oui  Non

► Le bénéficiaire a-t-il le service de la Téléalarme ?  Oui  Non

► A-t-on une clé de l'habitation ? (que si nécessaire)  Oui  Non

► Fait-il des sorties hors du domicile ?  Oui  Non

Si oui précisez : .....

► Nom de la caisse de retraite dont dépend le bénéficiaire : .....

**Commentaires :** (toute information importante pour le service : régime particulier, allergies, difficulté à se déplacer...) .....