

Merci de remplir
en entier et lisiblement
en lettres capitales
à l'encre noire.

Demande d'abonnement gratuit Val'Écoute - juillet - août (page 2/2)

Formulaire (recto verso) à retourner affranchi à :

Département du Val-de-Marne
Direction de l'autonomie
Hôtel du Département
94054 Créteil Cedex

Les renseignements ci-contre nous permettent
de connaître les personnes à prévenir. **Au moins
une d'entre elles doit être dépositaire de clés**
pour la validation du dossier.

Intervenants au domicile

Infirmière Aide ménagère autre _____

Nom : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone professionnel : _____

Fréquence des contacts : _____

Dépositaire de clés : Oui Non À prévenir : Oui Non

Infirmière Aide ménagère autre _____

Nom : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone professionnel : _____

Fréquence des contacts : _____

Dépositaire de clés : Oui Non À prévenir : Oui Non

Personne vivant sous le même toit

Nom : _____

Prénom : _____

Âge : _____

Animal domestique : Oui Non

Précisez (chien, chat, autre...) : _____

Personne à prévenir n° 1 (principale)

Nom - Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Âge (approximatif) : _____ Qualité : _____

Téléphone personnel : _____

Téléphone professionnel : _____

E-mail (facultatif) : _____

Temps de trajet : _____

Dépositaire de clés : Oui Non À prévenir : Oui Non

Personne à prévenir n° 2

Nom - Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Âge (approximatif) : _____ Qualité : _____

Téléphone personnel : _____

Téléphone professionnel : _____

E-mail (facultatif) : _____

Temps de trajet : _____

Dépositaire de clés : Oui Non À prévenir : Oui Non

Personne à prévenir n° 3

Nom - Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Âge (approximatif) : _____ Qualité : _____

Téléphone personnel : _____

Téléphone professionnel : _____

E-mail (facultatif) : _____

Temps de trajet : _____

Dépositaire de clés : Oui Non À prévenir : Oui Non