

Centre Communal d'Action Sociale de GAILLAC

* * *

SERVICE REPAS A DOMICILE

Nom – Prénom :			
Adresse			
N° Téléphone :		N° Portable :	
Situation : <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf (vie) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Concubinage Vit : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> avec une personne dépendante <input type="checkbox"/> avec une personne autonome			
Nom des personnes vivant sous le même toit		Lien de parenté	
La personne utilise t-elle des services suivants :			
<input type="checkbox"/> Aide à Domicile <input type="radio"/> du C.C.A.S de Gaillac <input type="radio"/> Autres (Préciser) 		<input type="checkbox"/> Téléassistance <input type="radio"/> G.T.S <input type="radio"/> Présence Verte <input type="radio"/> Autres (Préciser) 	
Personne à contacter (1)		Personne à contacter (2)	
Nom Prénom		Nom Prénom	
Adresse		Adresse	
Lien de parenté :		Lien de parenté :	
N°Téléphone		N°Téléphone	
N°Portable		N°Portable	
N°Bureau		N°Bureau	
Personne à contacter (1)		DIVERS	
Nom Prénom			
Adresse			
Lien de parenté :			
N°Téléphone			
N°Portable			
N°Bureau			