

Titulaire : Adresse : Point GPS : Code Post/Commune :	N°	5	LR
	Tél :		
	Section :		
	Date M.E.S. :		

Habitation :	Maison <input type="checkbox"/> Appartement <input type="checkbox"/> Jardin <input type="checkbox"/> Cour <input type="checkbox"/> Etage <input type="checkbox"/> Cave <input type="checkbox"/> Sous-sol <input type="checkbox"/>
---------------------	---

Santé <u>Titulaire :</u> Sexe <input type="checkbox"/> Médaillon <input type="checkbox"/> Bracelet <input type="checkbox"/>	Gpe sang :	Rhésus :	Né(e) le :				
	Médecin :		Tél. :	<input type="checkbox"/>			
	Si hospitalisation, prévenir :		Tél. :	<input type="checkbox"/>			
	Vision	Bonne	<input type="checkbox"/>	Moyenne	<input type="checkbox"/>	Mauvaise	<input type="checkbox"/>
		Cécité	<input type="checkbox"/>	Lunettes	<input type="checkbox"/>		
	Audition	Bonne	<input type="checkbox"/>	Moyenne	<input type="checkbox"/>	Mauvaise	<input type="checkbox"/>
		Surdité	<input type="checkbox"/>	Appareill�	<input type="checkbox"/>		
	Mobilité	Bonne	<input type="checkbox"/>	Moyenne	<input type="checkbox"/>	Mauvaise	<input type="checkbox"/>
		Cannes	<input type="checkbox"/>	Déambulateur	<input type="checkbox"/>	Faut. Roulant	<input type="checkbox"/>
		Alit�	<input type="checkbox"/>	Lit médicalisé	<input type="checkbox"/>		
Elocution	Bonne	<input type="checkbox"/>	Moyenne	<input type="checkbox"/>	Mauvaise	<input type="checkbox"/>	
	Muet(te)	<input type="checkbox"/>	Aphasique	<input type="checkbox"/>			
Antécédents : Alzheimer - Arthrose - AVC - Cardiaque - Pacemaker - Chute beaucoup - Malaise - Diabète H�mipl�gique - Hypertension - Hypotension - Ostéoporose - Parkinson - Probl. Respi. - Anticoagulants							

<u>Cohabitant :</u> Nom et prénom : Lien de parenté : Sexe <input type="checkbox"/> Médaillon <input type="checkbox"/> Bracelet <input type="checkbox"/>	Gpe sang :	Rhésus :	N�(e) le :				
	Médecin :		Tél. :	<input type="checkbox"/>			
	Si hospitalisation, prévenir :		Tél. :	<input type="checkbox"/>			
	Vision	Bonne	<input type="checkbox"/>	Moyenne	<input type="checkbox"/>	Mauvaise	<input type="checkbox"/>
		Cécité	<input type="checkbox"/>	Lunettes	<input type="checkbox"/>		
	Audition	Bonne	<input type="checkbox"/>	Moyenne	<input type="checkbox"/>	Mauvaise	<input type="checkbox"/>
		Surdité	<input type="checkbox"/>	Appareill�	<input type="checkbox"/>		
	Mobilité	Bonne	<input type="checkbox"/>	Moyenne	<input type="checkbox"/>	Mauvaise	<input type="checkbox"/>
		Cannes	<input type="checkbox"/>	Déambulateur	<input type="checkbox"/>	Faut. Roulant	<input type="checkbox"/>
		Alit�	<input type="checkbox"/>	Lit médicalisé	<input type="checkbox"/>		
Elocution	Bonne	<input type="checkbox"/>	Moyenne	<input type="checkbox"/>	Mauvaise	<input type="checkbox"/>	
	Muet(te)	<input type="checkbox"/>	Aphasique	<input type="checkbox"/>			
Antécédents : Alzheimer - Arthrose - AVC - Cardiaque - Pacemaker - Chute beaucoup - Malaise - Diabète H�mipl�gique - Hypertension - Hypotension - Ostéoporose - Parkinson - Probl. Respi. - Anticoagulants							

C O N T A C T S	1)	<p style="text-align: right;"> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> </p> <p>Qualité : Disponibilité : Distance :</p>	Tél dom. : Tél port. : Tél bur. :	
	2)	<p style="text-align: right;"> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> </p> <p>Qualité : Disponibilité : Distance :</p>	Tél dom. : Tél port. : Tél bur. :	
	3)	<p style="text-align: right;"> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> </p> <p>Qualité : Disponibilité : Distance :</p>	Tél dom. : Tél port. : Tél bur. :	
	4)	<p style="text-align: right;"> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> </p> <p>Qualité : Disponibilité : Distance :</p>	Tél dom. : Tél port. : Tél bur. :	

Animaux	
----------------	--

Présences Aide à domicile	<p>Organisme :</p> <p>Téléphone :</p> <p>Lundi De : À :</p> <p>Mardi De : À :</p> <p>Mercredi De : À :</p> <p>Jeudi De : À :</p> <p>Vendredi De : À :</p> <p>Samedi De : À :</p>
----------------------------------	--

Remarques V5/2016	Opérateur Téléphonique : Internet ADSL :	Renseignement donnés par l'adhérent Date : Signature adhérent : précédé de la mention "Lu et Approuvé"
---------------------------------	---	---