

Date de la demande : ...../...../20.....  
Prestations demandées : TA DRD AF AV  
Connu du CCGM : OUI - NON

CIVILITE :  Mademoiselle  Madame  Monsieur

NOM : ..... PRENOM : .....

NOM DE JEUNE FILLE : ..... NATIONALITE : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... LIEU : .....

SITUATION FAMILIALE :  célibataire  marié(e)  séparé(e)  divorcé(e)  veuf (ve)

TELEPHONE : ..... N° de PORTABLE : .....

ADRESSE : .....

IMMEUBLE : ..... BLOC : ..... CODE D'ACCES : .....

ETAGE : ..... N° APPART : ..... POSITION :  D  G  F NIVEAU :  sup  inf

Nombre de pièces : ..... Superficie : ..... NOM SUR LA PORTE :  oui  non

GAZ :  oui  non

Nom du Concierge : ..... Tél : .....

CLE PORTAIL  oui  non nombre : .....

CLE IMMEUBLE OU BIP  oui  non nombre :

CLE APPARTEMENT  oui  non nombre :

Médecin traitant : ..... Spécialiste : .....

IDE : ..... Kiné : .....

**Organisme social** : CCSS  SPME  Matricule : ..... Couleur de feuille :

Verte – Rose – Bulle

CAMTI  Sécurité sociale  Ass. Privée  Autres  .....

-----  
**PERSONNES A PREVENIR :**

NOM : ..... Prénom : .....

LIEN : .....

@ : .....

ADRESSE : .....

N°TEL : ..... N°PORTABLE : .....

-----  
NOM : ..... Prénom : .....

LIEN : .....

@ : .....

ADRESSE : .....

N°TEL : ..... N°PORTABLE : .....

-----  
**ADMINISTRATEUR JUDICIAIRE :** NOM : ..... Prénom : .....

ADRESSE : .....

N°TEL : ..... N°PORT : ..... N°FAX : .....

@ : .....

-----  
Fiche établie le : ...../...../20.....

Par : .....

Signature du  
demandeur :

« Les mentions de la présente fiche résultent des déclarations de la personne elle-même et engagent sa seule responsabilité ».

*En application de l'article 22 de la Loi du 4 Décembre 2008, relative aux informations nominatives, vous disposez d'un droit d'accès*

Propreté du logement :  Très propre  Propre  Passable  Sale  Très sale

Propreté de la cuisine :  Très propre  Propre  Passable  Sale  Très sale

Réfrigérateur  oui  non    Prise courant dans la cuisine  oui  non

Etat du réfrigérateur :  Très propre  Propre  Passable  Sale  Très sale

Animal  oui  non     :

-----  
 dans la chambre :  oui  non

Prise électrique à côté prise tél  oui  non  
☎ dans le salon :  oui  non

Intervention Monaco Telecom pour installation nouvelle prise téléphonique  oui  non

INTERNET ADSL :  oui  non Répondeur Monaco Télécom :  oui  non

Double des Clés :  oui  non Certificat Médical :  oui  non

Nombre de prestations AF demandées : \_\_\_\_/semaine

Horaires souhaités :  8h  10 h  12h30  14h30  16h30  Selon les disponibilités

🗣 **Elocution** :  Très bien  Bien  Moyen  Faible  Très faible

👂 **Audition** :  Très bien  Bien  Moyen  Faible  Très faible

👁 **Vue** :  Très bien  Bien  Moyen  Faible  Très faible

♿ **Mobilité** :  Très bien  Bien  Moyen  Faible  Très faible

🦠 **Allergie** : .....

-----  
**COMMENTAIRES** :

.....  
.....  
.....  
-----

**EVALUATIONS**

Date	Section	Commentaire