



## 1. Interventions dont vous bénéficiez :

<input type="checkbox"/> <b>Service d'aide à domicile</b> Intitulé du service : ..... Adresse et téléphone : .....
<input type="checkbox"/> <b>Service de soins infirmiers à domicile</b> Intitulé du service : ..... Adresse et téléphone : .....
<input type="checkbox"/> <b>Médecin traitant</b> Nom : ..... Adresse et téléphone : .....

## 2. Personne(s) de l'entourage à prévenir en cas d'urgence :

Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Qualité : .....	Qualité : .....
Né(e) le : .....	Né(e) le : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
Téléphone fixe : .....	Téléphone fixe : .....
Tél. professionnel : .....	Tél. professionnel : .....
Portable : .....	Portable : .....

Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler aux services municipaux toute modification concernant ces informations, aux fins de mettre à jour les données permettant de me contacter.

Fait à Bruyères sur Oise, le .....

**Signature du demandeur : .....**

### **Pièces justificatives à fournir**

- Pièce d'identité
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois (Quittance loyer, Facture d'énergie)
- Certificat médical, attestant que la personne ne suit aucun régime alimentaire