

**Unité d'Accueil de jour**  
« *La Colombe* »   
**Fiche de renseignements  
administratifs et personnels**

Document à remplir préalablement à toute demande de prise en charge dans le cadre de l'Accueil de jour.

**Personne candidate à l'Accueil de jour :**

Mr - Mme ..... Prénom : .....

Adresse .....

Date et lieu de naissance : / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / à .....

Caisse de SS : .....N° de SS : / \_\_\_\_\_ // \_\_\_ /

Caisses de retraite (noms) : .....

**Nom et adresse du référent de la personne candidate à l'Accueil de jour :**

Mme - Mlle – Mr ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : Dom / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ /

Bureau / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / Port. / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ /

Mail : .....@.....

Lien avec la personne candidate à l'Accueil de Jour : .....

**APA (Allocation personnalisée d'autonomie) :** Oui  Non

GIR attribué : 1  2  3  4  5  6

**Mesure de protection juridique :** Oui  Laquelle..... Non

Si oui, nom et coordonnées du tuteur : .....

**Situation au domicile :**

Vit seul(e)  Avec conjoint  Avec enfants

Autre  à préciser : .....

**Coordonnées des membres de la famille ou aidant(s) à alerter :**

En premier lieu : coordonnées : .....

A défaut : .....

**Adresse de facturation :**

.....

**Médecin traitant :**

Dr : .....

Coordonnées : .....

**IDE libéral**

Nom : ..... Adresse : .....  
Tel : .....

**Moyen de transport pour se rendre à l'Accueil de Jour :**

Famille                    oui                     non

Transporteur    oui                     non                     Nom et coordonnées : .....

.....  
Nom de la personne à contacter lorsque le transport retour n'est pas assuré à l'heure prévue :  
.....

**Assurance Responsabilité civile de la personne accueillie** (assurance prenant en charge les hypothétiques sinistres envers autrui au sein de notre établissement) :

Oui                     Non

Compagnie d'assurance : .....Numéro de police : .....

**Cette assurance est obligatoire pour intégrer l'Accueil de jour, une attestation d'assurance devra être fournie.**

**Ce questionnaire a été rempli par :**

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Fonction ou Lien Familial :** .....

**Date et signature :** .....

