Date :

*16590*

*Mairie de Brie*

**FICHE De renseignements**

**Coordonnées du bénéficiaire** :

Nom : ……………………………………………. Prénom : ……………………………………………….

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………..

N° téléphone fixe : ……………………… N° téléphone portable : ……………………….…..

Adresse mail : ………………………………………………………………………………………………..

Date et lieu de naissance : ………………………………………………………………………….

**Contact prioritaire** : (personne de confiance à appeler en cas d’urgence)

Lien de parenté :

Nom : …………………………………………… Prénom : ……………………………………………..

N° téléphone fixe : ……………………… N° téléphone portable : ………………………….

Adresse mail : ……………………………………………………………………………………………….

**Contact secondaire** :

Lien de parenté :

Nom : …………………………………………… Prénom : ……………………………………………..

N° téléphone fixe : ……………………… N° téléphone portable : ………………………….

Adresse mail : ……………………………………………………………………………………………….

**Autre prestataire du bénéficiaire** : (*aide à domicile – auxiliaire de vie – infirmière – autres …)*

Nom de la société ou de l’association : …………………………………………………………

Descriptif métier : ………………………………………………………………………………………..

N° téléphone : …………………… Fréquence passage : ………………………………………

**Autre prestataire du bénéficiaire** :

Nom de la société ou de l’association : …………………………………………………………

Descriptif métier : ……………………………………………………………………………………….

N° téléphone : ………………… Fréquence passage : …………………………………………

**Médecin traitant** :

Nom : …………………………………………… Prénom : …………………………………

Adresse : ………………………………………………………………………………………

N° téléphone : …………………..