

**SENIOR**

**CONSEIL SERVICE**

28, avenue Pasteur 93290 TREMBLAY-EN-FRANCE  
Tél. 01 48 60 41 31 / Fax. 01 48 60 98 41  
E-mail: senior.conseil.service@wanadoo.fr

*Aide à domicile / Garde d'enfants*

*Conseils et Services personnalisés pour personnes âgées ou à autonomie réduite*

**DEMANDE D'AIDE A DOMICILE**

Fait le : .....

**POUR :** M. \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_\_\_

**UNE PERSONNE SEUL(E) :**

**OU UN COUPLE :**

+ de 70 ans né(e) le : .....

+ de 70 ans né(e) le : .....

APA accordée

APA accordée

APA en cours

APA en cours

Allocation pour Tierce Personne

Allocation pour Tierce Personne

Notification d'attribution de retraite  
+ certificat médical

Notification d'attribution de retraite  
+ certificat médical

- de 70 ans né(e) le : .....

- de 70 ans né(e) le : .....

Personne non handicapée

Personne non handicapée

Personne handicapée

Personne handicapée

Allocation Adulte Handicapé (A.A.H.)

A.A.H.

COTOREP

COTOREP

Handicap non reconnu

Handicap non reconnu

Enfant(s) âge(s) : .....

Enfant(s) handicapé(s) âge(s) : .....

Allocation d'Education Spéciale (A.E.S.)

BESOINS DE LA PERSONNE :

Présence / compagnie

Toilette

Préparation des repas

Courses

Entretien du linge

Ménage

AIDE :

pour s'habiller

pour manger

pour se déplacer

à la prise de médicament(s)

PRESENCE SOUHAITEE :

JOURS :

Lundi

Mardi

Mercredi

Jeudi

Vendredi

Samedi

Dimanche

Nuits

HORAIRES :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**OBSERVATIONS**

---

DATE DE DEBUT DU CONTRAT : .....

OBSERVATIONS : .....  
.....  
.....

**DOCUMENT A RETOURNER à Senior Conseil Service**

**SENIOR**

**CONSEIL SERVICE**

28, avenue Pasteur 93290 TREMBLAY-EN-FRANCE  
Tél. 01 48 60 41 31 / Fax : 01 48 60 98 41  
E-mail : senior.conseil.service@wanadoo.fr

Aide à domicile / Garde d'enfants

Conseils et Services personnalisés pour personnes âgées ou à autonomie réduite

## Fiche d'Informations

(Demande d'Aide à Domicile)

Mr ou Mme : .....

Adresse : .....

Tél : .....

#####

Personne à contacter : .....

*Tél. (travail)* : .....

*Tél. (domicile)* : .....

*Portable* : .....

Courriers à adresser à : .....

Médecin traitant : .....

*Tél.* : .....

Services Paramédicaux : (cochez la(les) case(s) correspondante(s))

Infirmière : ..... Tél. : .....

Kiné. : ..... Tél. : .....

Podologue : ..... Tél. : .....

Autres : ..... Tél. : .....

Autres Services : (cochez la(les) case(s) correspondante(s))

Aide ménagère

Transport

Autre(s) .....

Etes-vous sous Tutelle ou sous Curatelle ? .....

NON

OUI (Si oui , indiquez les coordonnées de la personne responsable)

Mr ou Mme : .....

Adresse : .....

Tél. : .....

Vous logez actuellement :

Maison individuelle

Appartement

Plein pied

Etage .....

Etages

Ascenseur

Informations complémentaires : .....

Pièces à fournir : - photocopie recto-verso de la carte d'identité du demandeur

Fait à : .....

Signature

Le : .....



28, avenue Pasteur 93290 Tremblay-en-France  
01 48 60 41 31

DOCUMENT A RETOURNER à Senior Conseil Service