

# FICHE DE RENSEIGNEMENT CONCERNANT LES PROCHES AIDANTS DU DEMANDEUR DE L'APA

NOM D'USAGE : ..... Prénom : ..... Date de Naissance : .....

Adresse complète : .....

Ce document vise à apporter des informations sur les personnes de votre famille ou de votre entourage amical ou de voisinage qui vous apportent une aide dans la vie quotidienne. Le remplissage de cette fiche n'est pas obligatoire et comporte des données facultatives. Ce document sera complété lors de la visite d'un membre de l'Equipe Médico-Sociale afin de faire une étude plus précise de vos besoins et de ceux de votre aidant, et ainsi permettre une prise en charge plus adaptée et une prise en compte plus rapide de vos besoins en cas d'absence de l'aidant.

LIEN (conjoint, enfant, ami, voisin, etc.)	IDENTITE (facultative)	AGE (facultatif)	ADRESSE (détail facultatif, indiquer la ville)	AIDES APORTEES (type, durée et fréquence)

## Hospitalisation / absences prévues d'un proche aidant :

*Indiquer l'identité, le motif et les périodes*

---

---

---