

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES :

1/ Vous vivez seul : oui non

2/Avez-vous l'habitude de vous absenter pendant l'hiver ? oui non

Du au.....

3/Avez-vous l'habitude de vous absenter pendant l'été ? oui non

Du au.....

Bénéficiez-vous des prestations suivantes ?	OUI	NON	NOM	Fréquence et jours si occasionnel
Portage de repas				
Auxiliaire de vie				
Service infirmier à domicile				
Téléassistance				

Recevez-vous des visites de votre entourage (famille, amis, autres...) ?

Si oui, à quelle fréquence ?