

VOTRE SITUATION

Nom * :		Vous bénéficiez de :	Nom de l'organisme	Dossier d'aide déjà obtenu	Dossier d'aide à créer
Prénom * :		Mutuelle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adresse * :		Caisse de retraite		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ville et code postal * :		APA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Téléphone :		CAF		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Email :		CPAM		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOS BESOINS

Maintien à domicile

Aide à la mobilité	<input type="checkbox"/>	Services à la personne	
Téléassistance	<input type="checkbox"/>	Ménage-Repassage	<input type="checkbox"/>
Portage de repas	<input type="checkbox"/>	Jardinage-Bricolage	<input type="checkbox"/>
Toilette	<input type="checkbox"/>	Assistance Administrative	<input type="checkbox"/>
Esthétique	<input type="checkbox"/>	Assistance Informatique	<input type="checkbox"/>
Garde malade de Jour	<input type="checkbox"/>	Entretien du linge	<input type="checkbox"/>
Garde malade de nuit	<input type="checkbox"/>	Garde d'enfant	<input type="checkbox"/>
		Soutien scolaire	<input type="checkbox"/>

VOS SOUHAITS

Jours de semaine		Nombre d'heure	Matin	Après- midi	Soir
Lundi	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mercredi	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samedi	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dimanche	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Période

(par exemple du 1/2/10 au 30/6/10)

VOS COMMENTAIRES

A envoyer compléter à

AMI de la Brie, Allée JM fresc, 7712à Mouroux

Email : amidelabrie@yahoo.fr

Fax : 01.64.75.18.58

réponse sous 48 heures ouvrées.