

A envoyer en même temps que le bulletin d'inscription

Vous allez accompagner une personne malade dans l'un des séjours de vacances organisés par l'Union nationale des associations Alzheimer. Nous avons besoin de renseignements concernant votre propre état de santé.

Ce questionnaire doit être rempli en présence de votre médecin traitant.

Les renseignements fournis ont un caractère contractuel.

En cas de dissimulation ou de faux renseignements, la responsabilité de France Alzheimer sera dérogée.

Etat civil

N° d'immatriculation Sécurité sociale _____

Nom _____ Nom de jeune fille _____

Prénom _____ Date de naissance _____

Adresse _____

M. ou Mme _____ aidant familial

Présente-t-il une pathologie actuelle ou des antécédents ?

Oui Non

Si oui, laquelle _____

Présente-t-il une maladie invalidante ?

Oui Non

Si oui, laquelle _____

Est-il en possibilité de participer aux activités du séjour ?

Marche (+ d'une demie-heure) Natation

Est-il en capacité de répondre aux besoins de la personne malade dans les actes de la vie quotidienne ?

Marche Sorties Excursions

Repas Toilette Coucher

A _____, le _____

Signature de l'adhérent

Signature du médecin (cachet)