

INFORMATIONS SUR L'AIDANT(E)

Nom : _____ **Prénom :** _____
Date de naissance : _____
Adresse : _____

Tel fixe : _____ **Tel portable :** _____
Email : _____
Situation professionnelle : ☐ en activité ☐ sans activité ☐ retraité(e)
Lien avec l'aidé(e) : _____
Première demande : oui – non

INFORMATIONS SUR LE PROCHE AIDE

Nom : _____ **Prénom :** _____
Date de naissance : _____
Type de handicap :
☐ Handicap physique ☐ handicap psychique ☐ handicap intellectuel
☐ handicap auditif ☐ handicap visuel ☐ TSA
☐ troubles du comportement ☐ Troubles du langage ☐ Polyhandicap
☐ Autre
Diagnostic : _____
Dossier MDPH : oui – non

Besoins spécifiques : _____

Points de vigilance : _____

Demandes particulières : _____

DEMANDE DE RELAYAGE A DOMICILE

Raison de la demande

☐ Loisirs ☐ RDV ☐ Soins ☐ Courses ☐ Epuisement ☐ Autre

Lieu du relayage (Si différent du domicile) :

Date souhaitée de l'intervention à domicile :

Horaires demandés : de h à h

Nombre d'heure de relayage demandé : heures

Le jour et les horaires sont flexibles ? oui – non

Autre(s) personne(s) à garder ? oui – non

Si oui, nombre de personnes :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lien de parenté :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lien de parenté :

SOUHAITS DE L'INTERVENANT(E) A DOMICILE

☐ **Educatrice de la PFR PH** ☐ **Aucun avis**

☐ **Je connais une personne qui peut intervenir**

Nom :

Prénom :

Profession :

Tel portable :

Email :

Fait à , le

Signature de l'aidant(e)