



FICHE INSCRIPTION  
RESIDENCE AUTONOMIE ARC EN CIEL

CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

89 Avenue de Fréjus

06210 MANDELIEU-LA NAPOULE

Tél. : 04.92.97.30.50

Date : \_\_\_\_\_

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

NOM MARITAL :

\_\_\_\_\_

NOM DE JEUNE FILLE :

\_\_\_\_\_

PRENOM :

\_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE :

\_\_\_\_\_

LIEU DE NAISSANCE :

\_\_\_\_\_

SITUATION FAMILIALE :

\_\_\_\_\_

ADRESSE :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N° DE TEL. FIXE :

\_\_\_\_\_

N° DE TEL. PORTABLE :

\_\_\_\_\_

PERSONNES A CONTACTER :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bénéficiez vous de l'APA à domicile :

si oui

GIR :

Bénéficiez vous d'une carte d'invalidité :

OUI NON

La personne concernée est-elle informée de la demande : OUI NON

La personne concernée est-elle consentante à la demande : OUI NON

MOTIF de la demande :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Type de logement :

STUDIO

2 PIECES

**Merci de bien vouloir joindre à cette fiche la copie des documents suivants :**

(pour toutes les personnes vivant au foyer)

Carte Nationale d'Identité Recto Verso

1 photo d'identité

Justificatif de domicile (facture EDF ou TELECOM)

Avis d'Imposition ou de Non Imposition de l'année en cours recto verso toutes les pages

Justificatifs des pensions

Attestation vitale de la sécurité sociale et Mutuelle

Notification Aide Sociale

**Attestation assurance habitation**

Certificat médical daté et signé du médecin traitant qui permettra d'émettre un avis

circonstancié sur la capacité du foyer à prendre en charge la personne et de son aptitude

à vivre de manière autonome

**Cette demande ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente**

**et son dépôt ne vaut en aucun cas admission.**

