



## FICHE D'ÉVALUATION DES BESOINS

### **IDENTITÉ :**

NOM : ..... N°SS : .....  
PRÉNOM : .....  
ADRESSE : .....  
CODE POSTALE : .....  
VILLE : .....  
TÉLÉPHONE FIXE : .....  
TÉLÉPHONE PORTABLE : .....

### **PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :**

M./ MME : .....  
ADRESSE : .....  
TÉLÉPHONE : .....  
LIEN AVEC LE BÉNÉFICIAIRE : .....

### **PRESTATIONS SOUHAITÉES :**

- |  |               |   |                          |
|--|---------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aide au lever .....                           | Fréq./semaine | <input type="checkbox"/> Par acte             | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Toilette .....                                | Fréq./semaine | <input type="checkbox"/> Par acte             | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Habillage .....                               | Fréq./semaine | <input type="checkbox"/> Par acte             | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Aide au coucher .....                         | Fréq./semaine | <input type="checkbox"/> Nbr. d'heures        | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Préparation des repas .....                   | Fréq./semaine | <input type="checkbox"/> Nbr. d'heures        | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Gestion des rendez-vous médicaux .....        | Fréq./semaine | <input type="checkbox"/> Forfait              | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ménage .....                                  | Fréq./semaine | <input type="checkbox"/> Nbr. d'heures        | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Repassage .....                               | Fréq./semaine | <input type="checkbox"/> Nbr. d'heures        | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Courses .....                                 | Fréq./semaine | <input type="checkbox"/> Nbr. d'heures        | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Promenade .....                               | Fréq./semaine | <input type="checkbox"/> Nbr. d'heures        | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Garde jour et nuit .....                      | Fréq./semaine | <input type="checkbox"/> Nbr. d'hs ou forfait | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Garde d'enfants .....                         | Fréq./semaine | <input type="checkbox"/> Nbr. d'heures        | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Initiation à l'informatique et Internet ..... | Fréq./semaine | <input type="checkbox"/> Nbr. d'heures        | <input type="checkbox"/> |

Association **G.A. SERVICES AIDE A DOMICILE**

20 bis rue Joseph DELORD

33400 TALENCE

Tél. : 0871 32 14 04 - 06 63 28 93 02

E-mail : contact@ga-services.fr