



## Renseignements complémentaires à l'inscription en résidence autonomie

Direction de l'Autonomie et des Loisirs Seniors

**Résidence autonomie Silvia Monfort**

[residence.monfort@agglo-ville.chartres.fr](mailto:residence.monfort@agglo-ville.chartres.fr)

Tél. 02 36 67 30 03

**Résidence autonomie Marcel Gaujard**

[Residence.gaujard@agglo-ville.chartres.fr](mailto:Residence.gaujard@agglo-ville.chartres.fr)

Tél : 02.37.91.27.00

**Nom :**

**Prénom :**

**Choix de résidence autonomie :**  **Marcel Gaujard**     **Silvia Monfort**

### ENVIRONNEMENT SOCIAL

#### ◆ Entourage familial et/ou amical

Nom, prénom	Lien de parenté	Adresse et téléphone	Adresse électronique

Résidence autonomie Marcel GAUJARD 59 rue de la Foulerie – 28000 CHARTRES

Résidence autonomie Silvia MONFORT 26 rue du docteur Michel Gibert – 28000 CHARTRES

Direction de l'Autonomie et des Loisirs Seniors

CCAS de Chartres Place des Halles – 28000 CHARTRES

◆ **Coordonnées du référent familial ou d'une personne de confiance**

(Ce référent sera l'interlocuteur privilégié de la résidence)

<b>Nom, prénom</b>	
<b>Lien de parenté</b>	
<b>Adresse</b>	
<b>Téléphone domicile</b>	
<b>Téléphone portable</b>	
<b>Adresse électronique</b>	

◆ **Coordonnées du médecin traitant**

<b>Nom, prénom</b>	<b>Adresse</b>	<b>Téléphone</b>

◆ **Coordonnées du ou des service(s) ou/et professionnel(s) de santé spécialisé(s)** Cardiologue, rhumatologue, ophtalmologiste, neurologue, psychiatre, service infirmier, service UGOS, kinésithérapeute, etc.

<b>Nom du service, du professionnel</b>	<b>Spécialité</b>	<b>Téléphone</b>

◆ **Coordonnées des aides à domicile,**

<b>Nom du service d'aide</b>	<b>Téléphone</b>	<b>Rythme d'intervention</b>

**GESTION DES BIENS**

◆ Vos biens sont-ils gérés :

- par vous-même ?  OUI  NON  
par un membre de votre famille ?  OUI  NON  
par votre entourage ?  OUI  NON  
par un curateur ?  OUI  NON  
par un tuteur ?  OUI  NON

Si OUI, préciser le nom, prénom ou service, adresse et téléphone :

.....  
.....

◆ Avez-vous un contrat d'obsèques ?  OUI  NON

Si OUI, coordonnées de l'entreprise et N° du contrat: .....

.....

◆ Avez-vous un notaire ?

Nom et adresse de votre notaire : .....

.....



Direction de l'Autonomie et des Loisirs Séniors  
Résidence autonomie Silvia Monfort  
[residence.monfort@agglo-ville.chartres.fr](mailto:residence.monfort@agglo-ville.chartres.fr)  
Tel : 02 36 67 30 03

## Fiche 2 Motivation et Habitudes de vie

### **MOTIVATION DE LA DEMANDE**

Santé

OUI  NON

Isolement  OUI  NON

Logement  OUI  NON

Insécurité  OUI  NON

### **HABITUDES DE VIE**

Madame ou  Monsieur

#### **Mobilité**

- ◆ Vous déplacez-vous seul(e) à l'intérieur ?  OUI  NON  
à l'extérieur ?  OUI  NON

- ◆ Avez-vous besoin d'aide à la marche ?

Avec cannes  OUI  NON

Avec déambulateur  OUI  NON

Avec fauteuil roulant  OUI  NON

Avec l'aide d'un tiers  OUI  NON

- ◆ Réalisez-vous seul(e) les actes de la vie quotidienne ?

La toilette  OUI  NON

L'habillage  OUI  NON

L'alimentation  OUI  NON

#### **Alimentation**

- ◆ Souhaitez-vous prendre vos repas au restaurant de la Résidence ?

Régulièrement  OUI  NON

- Occasionnellement       OUI     NON
- ◆ Avez-vous un régime alimentaire ?       OUI     NON
- Si OUI, sans sel                               OUI     NON
- diabétique                                       OUI     NON
- ◆ Avez-vous un régime alimentaire autre ?  OUI     NON
- Précisez : .....

### **Communication**

- ◆ Aimez-vous lire les journaux       OUI                       NON
- écrire     OUI                       NON
- regarder la télévision       OUI                       NON
- sortir     OUI                       NON
- ◆ Souhaitez-vous participer
- à des activités d'animation                       OUI     NON
- à des rencontres avec d'autres personnes  OUI     NON
- ◆ Avez-vous des problèmes d'audition       OUI     NON