



**C.C.A.S. DE BASTIA  
VISITES DE CONVIVIALITE**

**INSCRIPTION**

**BENEFICIAIRE**

**NOM :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Adresse :**

**Téléphone :**

**Etage :**

**Code portail :**

**Situation familiale :**

Célibataire

Marié(e)

Divorcé(e)

Veuf(ve)

**PERSONNE(S) A PREVENIR** (par ordre de priorité)

**Personne 1 :**

**Nom prénom adresse :**

**Tél domicile :**

**Tél portable :**

**Personne 2 :**

**Nom prénom adresse :**

**Tél domicile :**

**Tél portable :**

**Infirmier :** (éventuellement si intervention régulière)

**Nom prénom**

**Tél professionnel :**

**Médecin traitant :**

**Nom prénom**

**Tél professionnel :**

**Je certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements mentionnés, m'engage à respecter les conditions générales de fonctionnement du service figurant dans le règlement intérieur ci-joint.**

**BASTIA, le**

## AVIS DU CCAS

- AVIS FAVORABLE
- AVIS DEFAVORABLE
- LISTE D'ATTENTE

## PERIODICITE

| LUNDI    | MARDI    | MERCREDI | JEUDI    | VENDREDI |
|----------|----------|----------|----------|----------|
| De h à h |

**DATE :**

## DESTINATAIRES

Un exemplaire intéressé  
Un exemplaire référent  
Original CCAS