Fiche bénéficiaire

**Date :**

**Client :**

Nom: Prénom:

Date naissance : Numéro sécurité sociale :

Adresse :

Tel domicile : Portable :

Type d'habitation :

Code d'entrée : Escalier : Etage : Appartement N° :

Situation familiale :

Nombre de personne vivant au foyer : Présence d'animaux :

**Correspondant -** Lien de parenté :

Nom : Prénom :

Adresse : E-mail :

Tel domicile : Portable : Bureau :

Tutelle : Curatelle : Nom structure :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tel : Portable :

**Facturation :** (si différente de l’adresse client)

Nom : Prénom :

E-mail :

Adresse :

**Autres intervenants** :

Infirmiers Nom : Tel :

Kinésithérapeute Nom : Tel :

Médecin Nom : Tel :