

INFORMATIONS A RETOURNER AU SERVICE SENIORS

ACTIVITES POLE SENIORS

Merci d'indiquer d'une croix les activités qui vous intéressent parmi celles présentées ci-dessous.
Ceci nous permettra de vous adresser des informations sur ces animations :

SERVICES	ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES	ACTIVITÉS DE LOISIRS
PORTAGE REPAS A DOMICILE	GYM D'ENTRETIEN	SORTIES CULTURELLES – THÉÂTRE
DEJEUNER MAISON AMANDA	SOPHROLOGIE	SPECTACLES GOURMANDS
TELE ASSISTANCE	YOGA	VOYAGES ANNUELS
TRANSPORT GRATUITS		

IDENTITE

Titre : Monsieur Madame Madame et Monsieur

Nom :

Prénom(s) : Madame Monsieur :

Date(s) de naissance : Madame Monsieur :

Adresse :

Téléphones : Domicile..... Portable.....

Adresse E-mail : @

Souhaitez-vous recevoir les programmes par mail ? OUI NON

Situation : Retraité(e) Invalidité Autre

Non-imposable sur le revenu (permet d'obtenir un demi-tarif sur la plupart des services et activités)

Sur présentation de l'avis de non imposition

PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (accident, malaise, hospitalisation)

Nom Prénom : Lien :
Adresse :
Téléphones : Domicile..... Portable.....

Nom Prénom : Lien :
Adresse :
Téléphones : Domicile..... Portable.....

Nom du médecin traitant :
Tél :

Date : **Signature**.....