

MON RÉSEAU



Ce document me permet, à moi et aux personnes qui m'accompagnent, de savoir qui contacter en cas de besoin.

Document rempli le.....



LES CHOSES À SAVOIR SUR MOI



MES AIDANTS

NOM :

Lien de parenté :



Cette personne vit avec moi :

- OUI
- NON

C'est ma personne de confiance :

- OUI
- NON

NOM :

Lien de parenté :



Cette personne vit avec moi :

- OUI
- NON

C'est ma personne de confiance :

- OUI
- NON

MES INTERVENANTS RESSOURCES

Par exemple : mon médecin traitant, mon pharmacien, mon infirmier à domicile...



NOM :

Métier :



NOM :

Métier :



NOM :

Métier :



MES INTERVENANTS RESSOURCES



NOM :

Métier :



NOM :

Métier :



MES COORDONNÉES

NOM :

Prénom :



Date de naissance :



Adresse :



Numéro de
téléphone :



MON TRAITEMENT

NOTES



MES ALLERGIES



17



18



15