

# FICHE D'INSCRIPTION

**Dossier ouvert le :** .....

**Date de début d'intervention :** ..... **Date de fin d'intervention :** .....

<b>Madame</b>	<b>Monsieur</b>
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Née, le : .....	Né, le : .....
N° sécurité sociale : .....	N° sécurité sociale : .....
Médecin traitant : .....	Médecin traitant : .....

<b>Adresse</b>
..... ..... .....
Téléphone : ..... Esc. : ..... Etage : ..... Porte : ..... Code d'accès : .....

<b>Personne(s) à contacter</b>	
Qualité : .....	Qualité : .....
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
Tél . : .....	Tél . : .....
Qualité : .....	Qualité : .....
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
Tél . : .....	Tél . : .....

### Nature de l'intervention

Temporaire       Permanente

### Jours souhaités

<b>Lundi</b>	<b>Mardi</b>	<b>Mercredi</b>	<b>Jeudi</b>	<b>Vendredi</b>	<b>Samedi</b>	<b>Dimanche</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Madame, Monsieur, ..... atteste(nt) avoir pris connaissance du Règlement Intérieur et s'engage(nt) à le respecter.

Fait aux Clayes-sous-Bois, le .....

**Signature du Bénéficiaire**