



CONFIDENTIEL

## Fiche de renseignements administratifs

Remplie par :

### Renseignements personnels

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

N° postal, Ville :

Tél. privé :

Tél. portable :

Diagnostic :

Etes-vous au bénéfice d'une rente AI ?

oui

non

**Merci de joindre une copie de la décision AI le cas échéant !**

Etes-vous au bénéfice d'une allocation pour impotent ?

oui

non

Si oui,

Degré léger

Degré moyen

Degré grave

### Assurances

Nom de l'assurance maladie :

N° de police :

Nom de l'assurance accident :

N° de police :

Nom de l'assurance responsabilité civile :

N° de police :

### Parents et/ou représentant légal

	Mère	Père	Tuteur / Tutrice
Nom, prénom :			
Adresse :			
Tél. privé :			
Tél. prof. :			
Tél. portable :			
E-mail :			

Membres insieme :  oui

non

Membres Cerebral :  oui

non

Membres d'autre(s) association(s) : .....

### Médecin(s) traitant(s)

Médecin généraliste	Médecin spécialiste
Nom, prénom :	Nom, prénom :
Adresse:	Adresse:
Tél. :	Tél. :

### Institution fréquentée

Nom de l'école, de l'atelier ou de la résidence :

### Personne à contacter en cas d'absence de la famille

Nom, prénom :

Tél. :

Adresse :

N° postal, Ville :

Lien avec la personne :

Signature de la personne et/ou de son représentant légal

Service genevois de relève de parents de personnes handicapées

c/o insieme-Genève - 7, rue de la Gabelle - 1227 Carouge - Tél. 022 343 17 20 - Fax 022 343 17 28

www.servicereleveneve.ch - info@servicereleveneve.ch