



PERSONNES HANDICAPÉES

AIDE SOCIALE

- 1^{ère} demande
- Renouvellement

**ACCUEIL TEMPORAIRE DES PERSONNES ADULTES HANDICAPÉES EN
ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX**

FORMULAIRE AIDE SOCIALE ETABLISSEMENT

À transmettre à la Direction Vie en Établissement, service gestion des dispositifs (adresser à Monsieur le Président de la Métropole, 20 Rue du Lac – CS 33569 – 69505 LYON Cedex 03) accompagné de la notification CDAPH

Renseignements concernant le demandeur de l'aide sociale :

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénoms :

Lieu de résidence:

.....

.....

N° de téléphone : _ _ _ _ _

Mail :@.....

Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Mesure de tutelle : oui non

Renseignements concernant le tuteur :

Nom :

Prénoms :

Adresse :

.....

.....

N° de téléphone : _ _ _ _ _

Mail :@.....

Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ Lien de parenté avec le demandeur :

Domicile de secours (dernière résidence habituelle et ininterrompue d'au moins 3 mois dans un logement privé) :

