

SYNDICAT INTERCOMMUNAL DU CENTRE D'ACCUEIL DU  
HAMEAU DE L'EAU VIVE

---

**Résidence autonomie Eau Vive**  
**629, route du Hameau de l'Eau Vive**  
**71960 LA ROCHE VINEUSE**  
Téléphone : 03 85 36 63 40  
E-Mail : [accueil@ra-eauvive.fr](mailto:accueil@ra-eauvive.fr)

## **Pièces nécessaires à la constitution d'un dossier d'inscription**

- Fiche de renseignements
- Questionnaire médical
- Fiche d'engagement sur le BIP
- Règlement intérieur (1 exemplaire résident, 1 exemplaire dossier)
- Convention de location (remis lors de l'attribution d'un logement)
- Mandat de prélèvement SEPA + RIB
- Caution (égale à 1 mois de loyer) par prélèvement
- Attestation d'assurance pour les garanties suivantes : responsabilité civile, risques locatifs, dégâts des eaux, vol et incendie (à remettre avant d'avoir les clés)
- Photocopie de la carte vitale
- Photocopie de la carte mutuelle
- Photocopie de la carte d'identité recto-verso
- Photocopie du livret de famille
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Photocopie de la taxe foncière (propriétaire)
- Attestation de loyers (locataire)
- Certificat d'hébergement (autres)

SYNDICAT INTERCOMMUNAL DU CENTRE D'ACCUEIL DU  
HAMEAU DE L'EAU VIVE

**Résidence autonomie Eau Vive**  
**629, route du Hameau de l'Eau Vive**  
**71960 LA ROCHE VINEUSE**  
Téléphone : 03 85 36 63 40  
E-Mail : accueil@ra-eauvive.fr

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

NOM : N° du logement :  
NOM de jeune fille : N° du garage :  
PRENOMS :  
N° DE TELEPHONE :  
SITUATION FAMILIALE :  
DATE ET LIEU DE NAISSANCE :  
PROFESSION ANTERIEURE :  
ADRESSE MAIL :

**Personnes à prévenir en cas d'urgence :**

NOM et PRENOM : Parenté :  
ADRESSE :  
  
N° DE TELEPHONE :  
ADRESSE MAIL :

\*\*\*\*\*

NOM et PRENOM : Parenté :  
ADRESSE :  
  
N° DE TELEPHONE :  
ADRESSE MAIL :

\*\*\*\*\*

NOM et PRENOM : Parenté :  
ADRESSE :  
  
N° DE TELEPHONE :  
ADRESSE MAIL :

**Informations diverses :**

N° de SECURITE SOCIALE :

ORGANISME DE SECURITE SOCIALE :

ADRESSE :

N° de MUTUELLE

MUTUELLE :

ADRESSE :

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

N° DE TELEPHONE :

MEDECINS SPECIALISTES :

INFIRMIER :

N°DE TELEPHONE :

N° ALLOCATAIRE C.A.F. ou M.S.A. :

ADRESSE :

ASSURANCE LOGEMENT :

VEHICULE POSSEDE :

MARQUE :

N° IMMATRICULATION :

DATE D'ARRIVEE :

DATE DE DEPART :

SYNDICAT INTERCOMMUNAL DU CENTRE D'ACCUEIL DU  
HAMEAU DE L'EAU VIVE

**Résidence autonomie Eau Vive**  
**629, route du Hameau de l'Eau Vive**  
**71960 LA ROCHE VINEUSE**  
Téléphone : 03 85 36 63 40  
E-Mail : accueil@ra-eauvive.fr

**Questionnaire médical confidentiel à compléter par le médecin traitant**

NOM.....Prénom.....  
Date de naissance .....

Nom et adresse du médecin .....

**Evaluation de la validité et de l'autonomie**

**Transfert et déplacement :**

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| - l'intéressé peut-il se déplacer .....         | oui | non |
| - seul.....                                     | oui | non |
| - avec un support mobile, canne, déambulateur.. | oui | non |
| - peut-il faire sa toilette seul.....           | oui | non |
| - peut-il se lever seul.....                    | oui | non |
| - peut-il s'habiller seul.....                  | oui | non |

**Etat sensoriel :**

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| - l'intéressé présente-t-il des troubles..... | oui | non |
| - de l'ouïe .....                             | oui | non |
| - de la vue .....                             | oui | non |

**Etat psychique :**

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| - l'intéressé présente-t-il des troubles psychiques graves tels que : |     |     |
| - désorientation temporo spatiale .....                               | oui | non |
| - troubles caractériels .....   | oui | non |
| - difficultés relationnelles majeures.....                            | oui | non |

**Besoins de santé :**

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| - l'intéressé suit-il un traitement .....                | oui | non |
| - nécessitant une surveillance médicale régulière ...    | oui | non |
| - nécessitant des soins infirmiers .....                 | oui | non |
| - nécessitant des soins de rééducation .....             | oui | non |
| - l'intéressé suit-il un régime alimentaire, lequel .... | oui | non |

En fonction de ces données, la personne vous paraît-elle apte à vivre dans  
**une résidence non médicalisée pour personnes âgées ?**

Date et signature

SYNDICAT INTERCOMMUNAL DU CENTRE D'ACCUEIL DU  
HAMEAU DE L'EAU VIVE

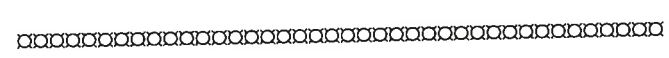
**Résidence autonomie Eau Vive**  
**629, route du Hameau de l'Eau Vive**  
**71960 LA ROCHE VINEUSE**  
Téléphone : 03 85 36 63 40  
E-Mail : accueil@ra-eauvive.fr

Nous vous remettons un BIP, propriété du Syndicat Intercommunal du Hameau de l'Eau Vive ; il vous est attribué personnellement (numéroté).

Cet appareil vous est prêté pendant la durée de votre location à l'Eau Vive.

Toutefois, nous vous demandons de vous engager à restituer cet appareil lors de votre départ, en bon état de fonctionnement ; les frais de remise en état ou le remplacement de l'appareil seront à votre charge.

Nous vous demandons de signer ce document lors de la remise du BIP ; nous vous remercions de cet engagement.



**Je m'engage à prendre le plus grand soin de mon BIP d'appel ; les frais de remise en état ou le remplacement de l'appareil , en cas de perte seront à ma charge**

**Madame ou Monsieur .....**

**Fait à La Roche Vineuse, le**

**Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »**

SYNDICAT INTERCOMMUNAL DU CENTRE D'ACCUEIL DU  
HAMEAU DE L'EAU VIVE

---

**Résidence autonomie Eau Vive**  
**629, route du Hameau de l'Eau Vive**  
**71960 LA ROCHE VINEUSE**  
Téléphone : 03 85 36 63 40  
E-Mail : accueil@ra-eauvive.fr

**DEPOT DE GARANTIE**

Je soussigné.....autorise la résidence de l'Eau  
Vive à prélever mon dépôt de garantie concernant la location de mon logement :

Bât.....n°.....*route du Hameau de l'Eau Vive 71960 La Roche Vineuse,*  
d'un montant de .....€ sur mon compte bancaire dont le RIB est joint.

Fait à La Roche Vineuse, le.....

Signature

