



IFAS  
B. P. 80180  
18206 ST AMAND MONTROND CEDEX  
Tél. 02.48.63.36.37  
Mail : [ifas@ch-stamand.fr](mailto:ifas@ch-stamand.fr)  
N° agrément : 2418P001418  
N° SIRET : 26180018900019



## Bulletin d'inscription à la Formation auprès des aidants

Nom marital : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénoms : ....., ....., .....

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

Adresse : ....., ....., .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

### Situation :

En activité professionnelle :  oui  non

Retraité(e) :  oui  non

Au chômage :  oui  non

En inactivité (hors retraite et chômage) :  oui  non

En disponibilité :  oui  non

Pathologie de la personne aidée : .....

Année de diagnostic : .....

### Lien avec la personne malade (cocher la réponse) :

Conjoint(e)

Enfant

Petit-enfant

Ami(e)

Voisin(e)

Autre (précisez) : .....

**Comment avez-vous connu la formation (cocher la réponse) :**

- Médecin généraliste
- Médecin spécialiste
- Accueil de jour
- Mairie
- CCAS
- CLIC
- SSIAD
- Equipe Mobile Alzheimer
- Autre (précisez) : .....

**Mode de vie de la personne malade :**

- Seul(e)
- Avec l'aidant qui suit la formation
- Avec un autre aidant
- En établissement
- Autre (précisez) : .....

**Nombre d'aidants partageant le domicile de la personne malade : \_ \_ \_**

**Durée de l'accompagnement de la personne malade :**

- Inférieur à 6 mois
- Entre 6 mois et 1 an
- Entre 1 an et 2 ans
- Entre 2 et 3 ans
- Entre 3 et 4 ans
- Entre 4 et 5 ans
- Supérieur à 5 ans