

## **Questionnaire médical relatif à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie**

*Ce document établi par un médecin est à remettre au demandeur pour que celui-ci puisse compléter son dossier de demande d'A.P.A.*

### **État civil et situation du demandeur**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_\_\_

Adresse complète avec code postal : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

