

## POLE MEDICO-SOCIAL

### DISTRIBUTION DU COURRIER

Afin d'optimiser la gestion du courrier, nous souhaitons connaître votre choix :

Nom Prénom du résident : \_\_\_\_\_

#### Le résident réceptionnera :

tout son courrier et notamment : factures, relevés bancaires, impôts, caisses de retraite... (dispositions particulières en cas d'aide sociale)

uniquement journaux, cartes postales, magazines, colis.

**Dans ce cas, complétez la rubrique ci-dessous pour indiquer la formule choisie :**

passage régulier de la famille à l'accueil  
(du lundi au vendredi aux horaires de bureaux)

fourniture d'enveloppes de réexpédition affranchies  
**Déposer au minimum 10 enveloppes et veiller à leur renouvellement**

changement d'adresse à la Poste en veillant à son renouvellement

**Dans tous les cas, veuillez indiquer le destinataire des factures** ou de toute autre correspondance émanant de l'établissement :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Fournir quelques enveloppes de réexpédition qui seront utilisées en cas de sortie ou après le décès afin d'assurer le suivi du courrier**

Document rempli par : NOM Prénom \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Signature :