



**FAM / MAS « Les Eaux Vives »**  
**4 route de Gémeaux**  
**B.P. 65**  
**21120 IS SUR TILLE**

-----  
**☎ 03.80.95.77.60**  
**Fax : 03.80.75.19.72**



**A.G.E.S.-A.D.A.P.E.I.**  
**de Côte d'Or**  
**6 rue de la Résistance**  
**21000 DIJON**

-----  
**☎ 03.80.65.37.54**  
**Fax : 03.80.48.64.41**

## **DEMANDE DE VISITE DANS LE CADRE DU COVID-19**

Cochez le type de visite :

**Visite simple** (2 personnes maximum)

*La durée des visites simples ne peut dépasser l'heure. Les 2 créneaux disponibles sont 13h30-14h30 et 15h-16h du lundi au vendredi (sauf jours fériés)*

**Visite déjeuner** (2 personnes maximum)

*Les visites déjeuner ont lieu de 12h30 à 14h30 du lundi au vendredi*

Je soussigné(e), .....(nom/prénom)

résidant au.....(adresse de votre domicile)

demande l'autorisation de rendre visite à .....(nom du résident)

le .....(date) de ..... h à .....h au sein du FAM/MAS Les Eaux Vives.

Je serai accompagné de M./Mme .....

Dans le cadre de la visite déjeuner, je joins à ce courrier un chèque de .....€ à l'ordre de l'AGES-ADAPEI, correspondant au coût du(es) repas servi(s) par le foyer Les Eaux Vives (coût du repas = 5€ par personne)

Le ..... (date)

Signature,