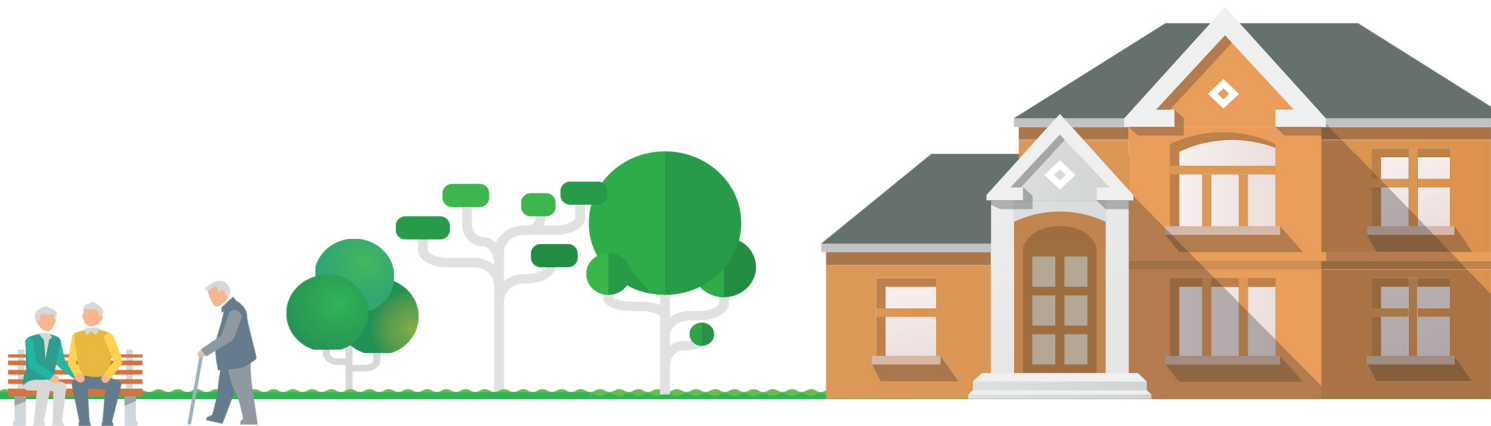


# Dossier unique de pré-inscription en établissement d'hébergement pour personnes âgées



**Vous souhaitez être accueilli dans un établissement pour personnes âgées de la Haute-Vienne ou participer à des activités de jour**

- Etablissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)
  - logement foyer, résidence autonomie,
  - petite unité de vie,
  - maison de retraite,
- Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- Unité de soins de longue durée (USLD)
- Hébergement permanent
- Hébergement temporaire
- Accueil de jour
- Accueil de nuit

## **Un seul et unique dossier de préinscription est à renseigner**

Pour simplifier les démarches de demande d'admission en établissement pour personnes âgées en Haute-Vienne, le Conseil départemental et les structures concernées ont mis en place un dossier unique de préinscription quels que soient la formule d'hébergement ou de prise en charge retenue et le type d'établissement souhaité.

Ce dossier vous permet de demander votre inscription sur la liste d'attente d'un ou plusieurs établissements de la Haute-Vienne.

***Attention ce dossier ne constitue que la première étape de la demande d'admission (inscription sur liste d'attente) et son dépôt ne vaut en aucun cas admission.***

## ÉDITO

Dispositifs solidaires, respectueux des choix des personnes âgées, adaptés à leurs besoins ; présence, sur toute la Haute-Vienne, de services départementaux territorialisés, qui conseillent et accompagnent dans leurs démarches les personnes âgées et leur famille... Le Conseil départemental de la Haute-Vienne porte une attention particulière à ses aînés.

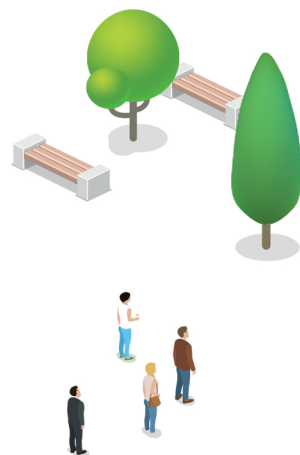
Afin de se doter d'un outil permettant de répondre aux enjeux liés au vieillissement de la population, il a également adopté un **schéma départemental de l'autonomie 2015-2019**. Celui-ci dresse les orientations et actions à mettre en œuvre, comme par exemple :

- renforcer la capacité d'accueil en Ehpad, notamment sur le secteur centre Haute-Vienne,
- faciliter la transition domicile/Ehpad,
- améliorer l'accompagnement des personnes âgées hébergées et notamment des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées.

Soyez assurés que le Département est à vos côtés. Nous agissons chaque jour pour vous offrir des réponses adaptées à vos besoins de prise en charge ou à ceux de vos proches.



Jean-Claude Leblois  
Président du Conseil départemental  
de la Haute-Vienne



## INFOS UTILES

### Frais de séjour

Ils diffèrent d'un établissement à l'autre. Avant toute admission, il est conseillé d'avoir une réflexion sur les modalités de prise en charge de ces frais au regard de leur montant et de votre capacité de paiement.

### Aides financières possibles

Pour un hébergement permanent, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en établissement permet une prise en charge d'une partie du tarif dépendance, le tarif hébergement restant à votre charge.

Si vous êtes déjà bénéficiaire de l'APA à domicile, cette aide sera transformée en APA en établissement, versée directement à l'établissement haut-viennois.

L'habilitation de l'établissement à l'aide sociale permet au résident dans l'impossibilité de financer son séjour en établissement de bénéficier d'une prise en charge partielle, par le Conseil départemental, des frais d'hébergement, après mise en œuvre de « l'obligation alimentaire ». L'aide sociale à l'hébergement est récupérable sur la succession du bénéficiaire ainsi que sur les donations qu'il a pu faire dans les dix années précédentes.

Une aide au logement (allocation de logement sociale –ALS– ou aide personnalisée au logement –APL–) peut vous être attribuée, sous condition de logement et de ressources.

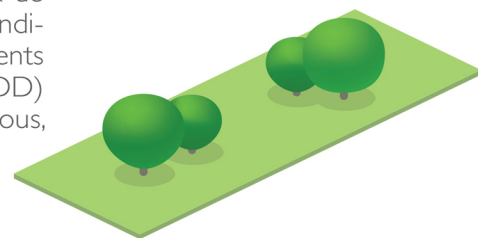
Pour un hébergement temporaire ou un accueil de jour, votre caisse de retraite ou le Conseil départemental (si vous êtes bénéficiaire de l'APA à domicile) peut participer au financement de vos frais d'accueil.

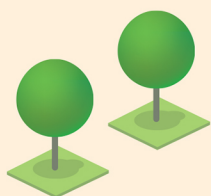
### Obtenir des informations ?

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées présentent des niveaux de prise en charge et de médicalisation différents. Votre degré de dépendance peut conditionner votre orientation vers un type de structure. C'est pourquoi ces établissements ainsi que les référents autonomie, professionnels des Maisons du Département (MDD) près de chez vous, peuvent vous aider à faire le choix le plus approprié. Informez-vous, prenez conseil, comparez et visitez les établissements.

**A télécharger  
sur le site  
[www.haute-vienne.fr](http://www.haute-vienne.fr)**

- > La liste des établissements pour personnes âgées
- > Le guide Bien vieillir en Haute-Vienne





# NOTICE EXPLICATIVE VOTRE DÉMARCHE ÉTAPE PAR ÉTAPE

LE DOSSIER EST CONSTITUÉ DE PLUSIEURS VOLETS

Vous pouvez demander à être accompagné par votre entourage ou par un professionnel de la Maison du Département, près de chez vous



Remplissez le « volet administratif » du dossier de préinscription



Sur le volet « choix des établissements », notez l'établissement où vous souhaitez être accueilli prioritairement, puis éventuellement par ordre de priorité, les autres établissements de votre choix



Faites remplir le « volet médical » par votre médecin traitant ou un médecin hospitalier. Ce document est à mettre sous pli confidentiel



Dans tous les cas, remplissez le « volet autonomie »



Joignez les pièces justificatives concernant vos ressources

- dernier avis d'imposition ou de non imposition
- les justificatifs de vos pensions



Gardez une copie du dossier de préinscription



Adressez un seul dossier de préinscription ainsi que vos justificatifs de ressources et le certificat médical à l'établissement mentionné en 1<sup>er</sup> choix ; il se chargera d'informer les autres établissements éventuellement demandés.



*Après avoir transmis votre dossier, chaque établissement vous informera de la recevabilité de votre demande d'inscription sur sa liste d'attente.*

*Au moment de l'entrée en établissement, des pièces justificatives complémentaires vous seront alors demandées.*

*Pensez à informer votre interlocuteur (l'établissement auquel le dossier a été adressé ou le professionnel de la Maison du Département qui s'est chargé de votre dossier de préinscription) de toute modification de situation (adresse, choix d'établissement, abandon de la demande...).*

Les informations recueillies vont faire l'objet d'un traitement informatique. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant aux établissements choisis ou au Conseil départemental de la Haute-Vienne.

**ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE**

Civilité	Monsieur <input type="checkbox"/>	Madame <input type="checkbox"/>	Nom d'usage	<input type="text"/>
Prénom(s)	<input type="text"/>		Nom de naissance	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	Lieu de naissance	<input type="text"/>	
N° d'immatriculation	<input type="text"/>			

**ADRESSE**

N° Voie, rue, boulevard	<input type="text"/>		
Code postal	<input type="text"/>	Commune/Ville	<input type="text"/>
Téléphone fixe	___ - ___ - ___ - ___ - ___	Téléphone portable	___ - ___ - ___ - ___ - ___
Adresse email	<input type="text"/>		

**SITUATION FAMILIALE**

Célibataire <input type="checkbox"/>	Marié(e) <input type="checkbox"/>	Vit maritalement <input type="checkbox"/>	Veuf (ve) <input type="checkbox"/>
Divorcé(e) <input type="checkbox"/>	Séparé(e) <input type="checkbox"/>	Pacsé(e) <input type="checkbox"/>	Célibataire géographique <input type="checkbox"/>
Nombre d'enfant(s)	<input type="text"/>		

<b>MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE</b>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	En cours <input type="checkbox"/>	
Si oui, laquelle :	Tutelle <input type="checkbox"/>	Curatelle <input type="checkbox"/>	Sauvegarde de justice <input type="checkbox"/>	Mandat de protection future <input type="checkbox"/>
Organismes :	UDAF 87 <input type="checkbox"/>	ALSEA <input type="checkbox"/>	AEPAPE 87 <input type="checkbox"/>	
Autre organisme , préciser :				

**ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL****A NE REMPLIR QUE SI VOUS ÊTES SOUS TUTELLE, CURATELLE OU AUTRE MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE**

Civilité	Monsieur <input type="checkbox"/>	Madame <input type="checkbox"/>
Nom d'usage du représentant légal	<input type="text"/>	
Prénom(s)	<input type="text"/>	
Commentaires :	<input type="text"/>	

**ADRESSE**

N° Voie, rue, boulevard	<input type="text"/>		
Code postal	<input type="text"/>	Commune/Ville	<input type="text"/>
Téléphone fixe	___ - ___ - ___ - ___ - ___	Téléphone portable	___ - ___ - ___ - ___ - ___
Adresse email	<input type="text"/>		

**COORDONNEES DE LA PERSONNE A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (Aidant Principal)**La personne concernée elle-même OUI  NON , préciser ses coordonnées :

Nom d'usage

Prénom(s)

Commentaires :

**ADRESSE**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

**COORDONNEES AUTRE PERSONNE A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (Entourage)**

Nom d'usage

Prénom(s)

Commentaires :

**ADRESSE**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

**PERSONNE DE CONFIANCE**A NE REMPLIR QUE SI VOUS AVEZ DESIGNÉ PAR ECRIT UNE PERSONNE DE CONFIANCE  
(article L.1111-6 du Code de la santé publique)Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : NON  OUI , préciser ses coordonnées :

Nom d'usage

Prénom(s)

Commentaires :

**ADRESSE**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

**DEMANDE**

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (événement familial récent, décès du conjoint, problème médical ...) :

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

Logement foyer  EHPAD  Hôpital  SSIAD / SAD<sup>1</sup>  Accueil de jour

Préciser le nom de l'établissement ou du service :

Domicile  Chez enfant/proche  Autre (préciser) :

La personne concernée est-elle informée de la demande ? OUI  NON

La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ? OUI  NON

Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé n'a pu être recueilli

<sup>1</sup> SSIAD/SAD : service de soins infirmiers à domicile / service d'aide à domicile

**ASPECTS FINANCIERS**

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ? Seule  Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers

Aide sociale à l'hébergement OUI  NON  Demande en cours envisagée

Allocation logement (APL/ALS) OUI  NON  Demande en cours envisagée

Allocation personnalisée à l'autonomie\* OUI  NON  Demande en cours envisagée

Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne OUI  NON

\*Dans certains établissements, l'APA, qui a vocation à prendre en charge le tarif dépendance, est versée directement aux établissements. Dans ce cas de figure, il n'y a pas de demande à réaliser. Pour plus d'informations, il convient de prendre contact auprès du conseil général ou de l'établissement souhaité.

COMMENTAIRES :

DATE D'ENTREE SOUHAITEE : URGENT

LE PLUS TOT POSSIBLE

DEMANDE DE PRECAUTION

Type d'hébergement recherché :

Hébergement permanent  Commentaire :

Hébergement temporaire  Du Au Commentaire :

Accueil de jour  Du Au Commentaire :

Accueil de nuit  Du Au Commentaire :

Accueil couple souhaité OUI  NON

Date de la demande : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal

**PERSONNE CONCERNÉE**

 Civilité      Monsieur       Madame 

 Nom  
d'usage

Prénom(s)

 Nom de  
naissance

Date de naissance

--	--	--	--	--	--

**INDIQUEZ PAR ORDRE DE PRIORITÉ LES ÉTABLISSEMENTS OÙ VOUS SOUHAITEZ ÊTRE ACCUEILLI**

<b>1<sup>er</sup> choix</b>	<b>Nom de l'établissement</b>	
	<b>Commune</b>	
<b>2<sup>ème</sup> choix</b>	<b>Nom de l'établissement</b>	
	<b>Commune</b>	
<b>3<sup>ème</sup> choix</b>	<b>Nom de l'établissement</b>	
	<b>Commune</b>	
<b>4<sup>ème</sup> choix</b>	<b>Nom de l'établissement</b>	
	<b>Commune</b>	
<b>5<sup>ème</sup> choix</b>	<b>Nom de l'établissement</b>	
	<b>Commune</b>	
<b>6<sup>ème</sup> choix</b>	<b>Nom de l'établissement</b>	
	<b>Commune</b>	

## DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

**DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

## PERSONNE CONCERNEE

Civilité      Monsieur       Madame       Nom d'usage

Prénom(s)       Nom de naissance

Date de naissance

## MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement       Fin/Retour d'hospitalisation       Maintien à domicile difficile

Autres (préciser)

**NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :**

## ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux

## PATHOLOGIES ACTUELLES

**TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)**

SOINS PALLIATIFS  OUI  NON

ALLERGIES  OUI  NON

Si oui, préciser

CONDUITES A RISQUE  OUI  NON

Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE

NE SAIT PAS  OUI  NON

Si oui, préciser (localisation, etc.)

Préciser la date du dernier prélèvement

Taille

Poids

FONCTIONS SENSORIELLES

	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Cécité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surdité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

OUI  NON

REEDUCATION

Kinésithérapie  
Orthophonie  
Autre (préciser)

	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

**DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
Transferts				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communiquer pour alerter				
Cohérence	communication			
	comportement			

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...)		
Troubles du sommeil		

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI ...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

APPAREILLAGES	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser) :		

## COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS, ...)

## MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)

Nom  Prénom(s)

## ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal  Commune/Ville

Date

Signature

Cachet du médecin

**PERSONNE CONCERNEE**Civilité Monsieur  Madame Nom  
d'usage

Prénom(s)

Nom de  
naissance

Date de naissance

**TOILETTE / HABILLEMENT/HABILLAGE**Vous faites votre toilette  Seul(e)  Avec une aide partielle  Avec une aide complèteVous vous habillez et vous déshabillez  Seul(e)  Avec une aide partielle  Avec une aide complète

Précisions éventuelles :

**TRANSFERTS / DEPLACEMENTS**Vous vous levez du lit seul(e)  Oui  Avec difficulté  NonVous vous mettez (couchez) au lit seul(e)  Oui  Avec difficulté  NonVous vous asseyez et vous vous relevez du  
fauteuil seul(e)  Oui  Avec difficulté  NonVous prenez un ascenseur seul(e)  Oui  NonVous montez et descendez les escaliers seul(e)  Oui  NonVous marchez seul(e)  Oui  NonVous utilisez les aides techniques suivantes  lit médicalisé  déambulateur  cannes  fauteuil roulant

Précisions éventuelles :

**COHERENCE**Vous pouvez vous exprimer et converser  Oui  Avec difficulté  NonVous vous occupez seul(e) de la prise de médicaments (dose et horaire)  Oui  Avec difficulté  NonVous vous servez du téléphone de votre propre initiative, cherchez et  
composez les numéros...  Oui  Avec difficulté  NonVous avez des problèmes de mémoire  Jamais  Parfois  Souvent

Précisions éventuelles :

**ORIENTATION**Vous vous repérez dans les moments de la journée  Oui  Avec difficulté  NonVous vous repérez dans les moments de l'année (mois, saison, année)  Oui  Avec difficulté  NonVous vous repérez dans les lieux habituels (domicile)  Oui  Avec difficulté  NonVous vous repérez dans des lieux inconnus  Oui  Avec difficulté  NonVous sortez et vous vous promenez seul(e) et de façon indépendante  Oui  Avec difficulté  Non

Précisions éventuelles :

**SOMMEIL**

Votre sommeil est  Correct  Correct avec traitement  Difficile

Précisions éventuelles :

**CONTINENCE**

Utilisez-vous des protections  Oui, le jour  Oui, la nuit  Non

Si oui, les gérez-vous seul(e)  Oui  Non

Précisions éventuelles :

**ALIMENTATION**

Vous avez besoin d'aide à table pour les activités suivantes :

couper la viande  Oui  Avec difficulté  Non

verser de l'eau dans un verre  Oui  Avec difficulté  Non

peler un fruit  Oui  Avec difficulté  Non

Vous mangez seul(e) (porter les aliments à la bouche)  Oui  Avec difficulté  Non

Votre repas doit être  Mixé  Haché  De texture normale

Vous présentez des difficultés à avaler  Oui  Non

Précisions éventuelles :

**AIDES EN PLACE**

Vous bénéficiez de l'intervention au domicile :

d'un infirmier ou d'un personnel de service de soins infirmier à domicile (SSIAD)  Oui  Non

d'un service d'aide à la personne  Oui  Non

d'une employée de maison, aide ménagère, auxiliaire de vie  Oui  Non

d'un service de portage de repas à domicile  Oui  Non

d'un dispositif de téléassistance  Oui  Non

Précisions éventuelles :

**COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES :****NOM ET COORDONNÉES DE LA PERSONNE AYANT RENSEIGNÉ LE VOLET AUTONOMIE SI DIFFERENTE DE LA PERSONNE CONCERNEE**

(nom, prénom, adresse, téléphone) :

Lien avec la personne concernée :

Date

.....	.....	.....	.....
-------	-------	-------	-------

Signature

--

## MAISONS DU DÉPARTEMENT

### AIXE-SUR-VIENNE

10 avenue des Villas,  
87700 AIXE-SUR-VIENNE  
Tel 05 55 70 47 73

### AMBAZAC

13-15 rue Gay Lussac,  
87240 AMBAZAC  
Tel 05 55 37 90 09

### BELLAC

32 rue Vincent Auriol,  
87300 BELLAC  
Tel 05 55 68 15 87

### BESSINES-SUR-GARTEMPE

6 bis Avenue de la Libération,  
87250 BESSINES-SUR-GARTEMPE  
Tel 05 55 76 66 60

### CHALUS

Place du Champ de foire,  
87230 CHALUS  
Tel 05 44 00 05 79

### CHATEAUNEUF-LA-FORET

7 impasse des Thuyas,  
87130 CHATEAUNEUF-LA-FORET  
Tel 05 55 69 65 00

### CHATEAUPONSAC

22, avenue du 8 mai 1945,  
87290 CHATEAUPONSAC  
Tel 05 55 76 30 53

### EYMOUTIERS

7 rue du Pré Thibaud,  
87120 EYMOUTIERS  
Tel 05 55 69 13 92

### (LE) DORAT

10, rue de la Croix Parot,  
87210 LE DORAT  
Tel 05 55 60 92 70

### LIMOGES - BEAUBREUIL

36 allée Fabre d'Eglantine,  
87280 LIMOGES  
Tel 05 55 35 48 40

### LIMOGES - CARMES

8, Place des Carmes,  
87000 LIMOGES  
Tel 05 55 14 13 00

### LIMOGES - LA BASTIDE

53 rue Camille Pissaro,  
87000 LIMOGES  
Tel 05 55 37 20 10

### LIMOGES - LANDOUGE

8 avenue de Landouge,  
87100 LIMOGES  
Tel 05 55 53 63 40

### LIMOGES - LES COUTURES

4 bis avenue de Locarno,  
87000 LIMOGES  
Tel 05 55 45 13 30

### LIMOGES - LES PORTES FERREES

32 rue Domnolet Lafarge,  
87000 LIMOGES  
Tel 05 55 30 09 90

### LIMOGES - MARECHAL JOFFRE

14 rue du Maréchal joffre,  
87000 LIMOGES  
Tel 05 55 50 87 12

### LIMOGES - RENE COTY

24 avenue du  
Président René Coty  
87000 LIMOGES  
Tel 05 55 49 19 99

### LIMOGES - RESISTANCE LIMOUSINE

2 rue de la Résistance Limousine,  
87000 LIMOGES  
Tel 05 55 11 95 20

### MAGNAC-LAVAL

22, Rue Camille Grellier  
87190 MAGNAC-LAVAL  
Tel 05 55 60 11 10

### NANTTIAT

56, avenue des Pins,  
87140 NANTTIAT  
Tel 05 55 53 47 47

### NEXON

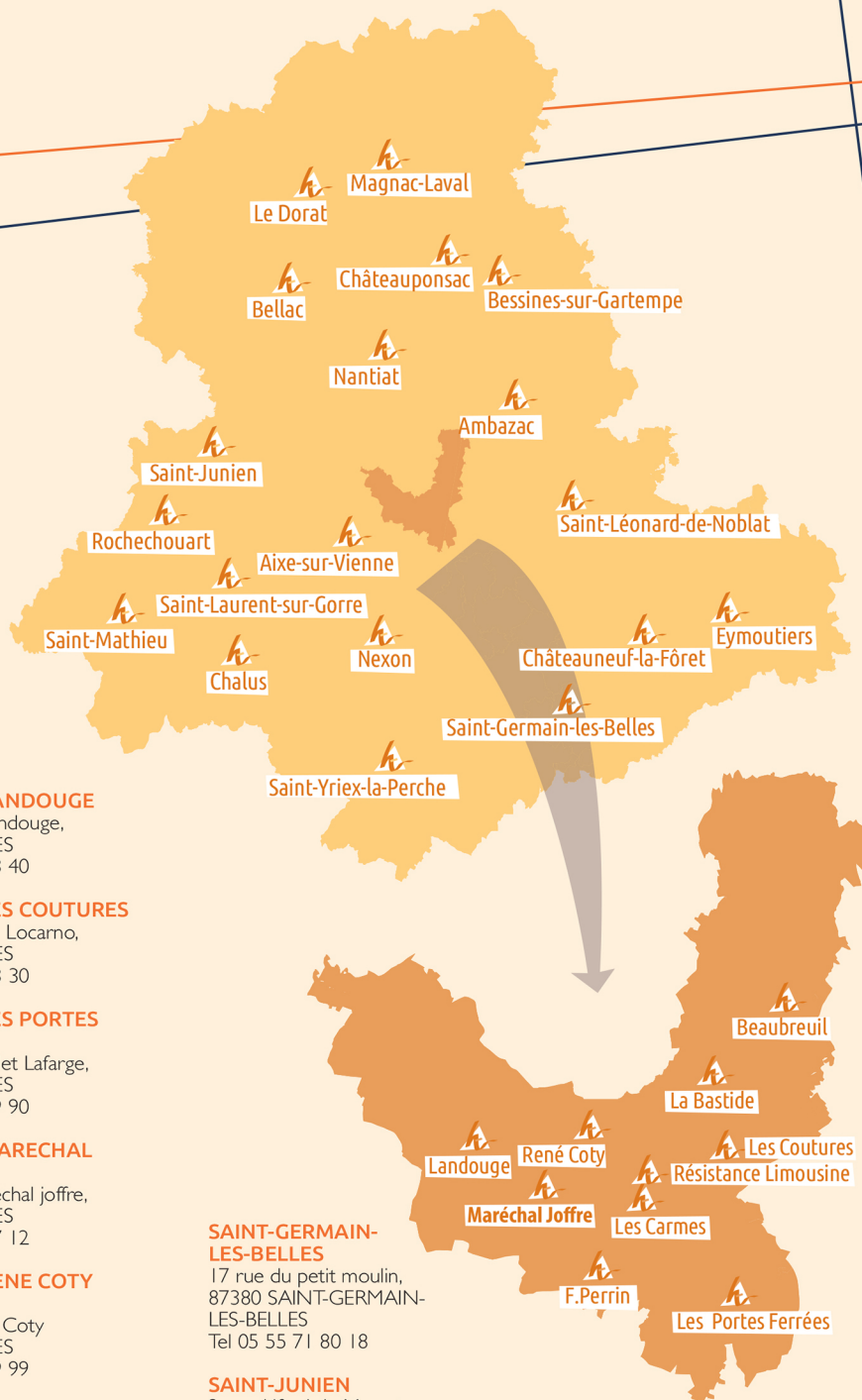
25 rue François Chénieux,  
87800 NEXON  
Tel 05 55 58 30 91

### ROCHECHOUART

Le Château,  
87600 ROCHECHOUART  
Tel 05 55 70 96 12

### SAINT-SULPICE-LES-FEUILLES

10 rue Ferdinand Menu,  
87160 SAINT SULPICE  
LES FEUILLES  
Tel 05 55 76 75 02



### SAINT-GERMAIN-LES-BELLES

17 rue du petit moulin,  
87380 SAINT-GERMAIN-LES-BELLES  
Tel 05 55 71 80 18

### SAINT-JUNIEN

2 rue Alfred de Musset,  
87200 SAINT-JUNIEN  
Tel 05 55 43 06 06

### SAINT-LAURENT-SUR-GORRE

7, avenue Maryse Bastié,  
87310 SAINT-LAURENT-SUR-GORRE  
Tel 05 55 00 03 23

### SAINT-LEONARD-DE-NOBLAT

15 rue de Beaufort,  
87400 SAINT-LEONARD-DE-NOBLAT  
Tel 05 55 56 02 76

### SAINT-MATHIEU

9, route de Marval,  
87440 SAINT-MATHIEU  
Tel 05 55 48 48 50

### SAINT-YRIEX-LA-PERCHE

47 Bd de l'Hôtel de Ville,  
87500 SAINT-YRIEX-LA-PERCHE  
Tel 05 55 08 34 00



département  
**Haute-Vienne**

Conseil départemental  
de la Haute-Vienne  
11 rue François Chénieux  
CS83112  
87031 LIMOGES CEDEX 1  
05 55 45 10 10

[www.haute-vienne.fr](http://www.haute-vienne.fr)