

Demande d'admission

Long séjour Court séjour Foyer de jour

Urgente Nécessaire Préventive

Vaccin Covid-19 Oui Non

Date d'entrée prévue :

Chambre :

Provenance :

.....

Nom et Prénom :

.....

Adresse complète :

.....

Téléphone fixe et portable :

.....

Date de naissance :

.....

Etat civil :

Date :

.....

Confession : Protestant Catholique romain Catholique chrétien Autre Sans

Origine (Ville + canton + pays) :

.....

Lieu de naissance (Ville ou pays) :

.....

Nom et prénom conjoint :

.....

No AVS :

.....

Caisse Maladie (copie de la carte) :

No d'assuré :

.....

Référent financier

Nom et Prénom :

.....

Adresse complète :

.....

Téléphone fixe et portable :

.....

E-mail :

Lien de parenté :

.....

Demande d'admission

Médecin de famille

Nom et Prénom :

.....

Adresse complète :

.....

Téléphone :

E-mail

.....

Référent thérapeutique

Nom et Prénom :

.....

Adresse complète :

.....

Téléphone fixe et portable :

.....

E-mail :

Lien de parenté :

.....

Allergie alimentaire

Oui

.....

Directives anticipées

Oui

Non

Attestation de résidence

Oui

Histoire de vie à nous remettre

Oui

Copie carte d'identité

Oui

Date et signature _____

Les divers documents demandés sont à nous remettre dans les 5 jours.