

IDENTITE DU RESIDENT

Nom	_____	Prénom	_____
Adresse actuelle	_____		
Date de naissance	_____	Lieu de naissance	_____
Origines	_____	Confession	_____
Nom du père	_____	Prénom du père	_____
Nom de la mère	_____	Prénom de la mère	_____
Etat civil	marié (e) ☐ célibataire ☐ veuf (ve) ☐ divorcé (e) ☐ Date : _____		
Enfants et/ou représentants (lien, nom, prénom, n° téléphone, adresse, mail) :			

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Caisse maladie	_____			
Adresse	_____			
N° affilié	_____			
Médecin traitant	_____			
Adresse du médecin	_____			
Téléphone du médecin	_____			
No AVS	_____			
Rente d'impotence	Faible ☐	moyenne ☐	grave ☐	pas de rente ☐
Répondant administratif	Curatelle ☐	Famille ☐	Aucun ☐	
Nom	_____			
Adresse du répondant	_____			
Téléphone	_____			
Adressage des factures et du courrier administratif	Oui ☐	non ☐	_____	
Inscription dans un autre EMS	Oui ☐	non ☐	Si oui, lequel : _____	
Chambre	1 lit ☐	2 lits ☐	Entrée souhaitée	De suite ☐ 6 mois ☐ 1 an ☐

Date et lieu :

Signature :