



Demande d'admission

Concerne

Long séjour Court séjour Foyer de jour Soins à domicile Appartement protégé

Délai

Urgent Préventif (*liste d'attente*)

Vaccin Covid-19

Oui Non

Date d'entrée prévue :

Chambre :

Provenance :

.....

RÉSIDENT

Nom et Prénom :

.....

Adresse complète :

.....

Téléphone (*fixe et portable*) :

.....

Date de naissance :

.....

Etat civil :

Depuis le :

.....

Confession : Protestant Catholique romain Catholique chrétien Autre

Origine (*Ville + canton + pays*) :

.....

Lieu de naissance (*Ville ou pays*) :

.....

Nom et prénom conjoint :

.....

N° AVS :

.....

Caisse Maladie :

N° d'assuré :

.....

MÉDECIN DE FAMILLE

Nom et Prénom :

.....

Adresse complète :

.....

Téléphone :

E-mail :

.....

Demande d'admission

RÉFÉRANT FINANCIER/ADMINISTRATIF

Nom et Prénom :

.....

Adresse complète :

.....

Téléphone fixe et portable :

.....

E-mail :

Lien de parenté :

.....

RÉFÉRANT THÉRAPEUTIQUE

Nom et Prénom :

.....

Adresse complète :

.....

Téléphone fixe et portable :

.....

E-mail :

Lien de parenté :

.....

Allergie alimentaire (*si existante*) :

.....

DOCUMENTS À NOUS REMETTRE DANS LES 5 JOURS

- Directive anticipées (*facultatif*)
- Attestation de résidence (*si en votre possession*)
- Histoire de vie à nous remettre
- Copie carte d'identité (*recto-verso*)

DOCUMENTS À NOUS REMETTRE À VOTRE ARRIVÉE

- Carte maladie

Date et signature

.....