



## DEMANDE D'ADMISSION

NOM : \_\_\_\_\_ NOM DE JEUNE FILLE : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

NE (E) LE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ NO AVS : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

NOM ET PRENOM DU PERE : \_\_\_\_\_

NOM ET PRENOM DE LA MERE : \_\_\_\_\_

DOMICILE LEGAL : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_

ORIGINE : \_\_\_\_\_ LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

ETAT CIVIL : \_\_\_\_\_ DEPUIS LE : \_\_\_\_\_ CONFSSION : \_\_\_\_\_

CAISSE MALADIE : \_\_\_\_\_ ADRESSE : \_\_\_\_\_

NO D'ASSURE : \_\_\_\_\_ CAISSE DE COMPENSATION : \_\_\_\_\_

BENEFICIAIRE DES PC : OUI  NON  EN COURS

MEDECIN TRAITANT : \_\_\_\_\_ TEL : \_\_\_\_\_

DEMANDE D'ADMISSION FAITE PAR : \_\_\_\_\_

MOTIF : \_\_\_\_\_

DATE D'ENTREE : \_\_\_\_\_ **POUR LES CONVALESCENCES DATE SORTIE** \_\_\_\_\_

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_ TEL : \_\_\_\_\_

EN CAS D'ABSENCE PERSONNE DE CONTACTE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_ TEL : \_\_\_\_\_

### **PERSONNE DESIGNEE POUR PAYER LES FACTURES SELON ARTICLE 6 DES CONDITIONS DE RESIDENCE DU HOME**

NOM ET PRENOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_ TEL : \_\_\_\_\_

COORDONNEES BANQUE POUR RESTITUION ACOMPTE : \_\_\_\_\_

LIEU ET DATE \_\_\_\_\_ SIGNATURE : \_\_\_\_\_