



# demande d'admission

## données administratives

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ NPA / Lieu : \_\_\_\_\_

Commune de domicile : \_\_\_\_\_ Depuis le : \_\_\_\_\_

N° de tél : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du père : \_\_\_\_\_

Nom et prénom de la mère : \_\_\_\_\_

Originaire de : \_\_\_\_\_ Pays/canton : \_\_\_\_\_

Etat civil: célibataire : O/N si N : Marié à : \_\_\_\_\_ Date du mariage : \_\_\_\_\_

Veuf ou veuve de : \_\_\_\_\_ Date du décès : \_\_\_\_\_

Divorcé(e) de : \_\_\_\_\_ Date du divorce : \_\_\_\_\_

Confession : \_\_\_\_\_

## représentation

Avez-vous un représentant légal ?  oui  non

Si oui, s'agit-il d'un :  membre de la famille  conseiller légal  curateur

Merci de joindre un double de la décision de l'APEA (ou *procuration*).

Si non, à qui les factures doivent-elles être adressées ?

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ NPA / Lieu : \_\_\_\_\_

Tél. privé : \_\_\_\_\_ Tél. prof. : \_\_\_\_\_

Natel : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

## logement souhaité

Chambre à 1 lit  Chambre à 2 lits

## pressing

L'entretien du linge est assuré par notre établissement.

## entrée

Date d'entrée : \_\_\_\_\_

## médecin / pharmacie

Médecin actuel : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
Médecin traitant dès l'entrée :  Dresse Bittel Truffer Nadine  Dr Chaumeil Franck  Dr Membrez Philippe  Dr Sayag Eric  
 Dr Reboredo Daniel  Dresse Vilasboas Ana  
Pharmacie actuelle : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

## caisse-maladie / avs / allocation pour impotent / prestations complémentaires

Caisse-maladie : \_\_\_\_\_ N° de l'assuré : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ NPA / Lieu : \_\_\_\_\_  
Caisse – rente AVS : \_\_\_\_\_ N° AVS : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ NPA / Lieu : \_\_\_\_\_

### Allocation pour impotent :

Une demande a-t-elle été déposée ?  oui  non  
Une décision a-t-elle été émise ?  oui  non  
Si allocation accordée, à quelle date ? \_\_\_\_\_

### A remplir le jour d'entrée par la direction:

oui  non  
 oui  non  
quel type d'allocation ?  lourd  moyen  léger

### Prestations complémentaires (PC) :

Êtes-vous bénéficiaire de prestations complémentaires ? :  oui  non

**Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus.**

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

A joindre :  copie du livret de famille et de la carte d'assuré caisse-maladie  
 attestation de domicile  
 autorisation d'allocation pour impotent dûment signée  
 copie de la décision d'allocation pour impotent (*si accordée*)  
 copie de la décision l'APEA (*ou procuration*)  
 copie de la dernière décision de taxation fiscale

## à remplir par la direction

Pharmacie : \_\_\_\_\_ N° de chambre : \_\_\_\_\_  
Venant de : \_\_\_\_\_ Date d'arrivée : \_\_\_\_\_  
Distribution du courrier : \_\_\_\_\_ Prix de pension : \_\_\_\_\_

Contrat HB  Livret famille  Carte caisse-maladie  Attestation de domicile  Autorisation RI  Directives anticipées  
 Décision de taxation fiscale  
 Procuration  Décision chambre pupillaire

# parentée

**Veillez inscrire le nom du répondant principal de la famille dans la première case.**

Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
E-mail : _____	E-mail : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
NPA – Lieu : _____	NPA – Lieu : _____
Tél. privé : _____ Tél. prof. : _____	Tél. privé : _____ Tél. prof. : _____
Natел : _____ Relation de famille : _____	Natел : _____ Relation de famille : _____

Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
E-mail : _____	E-mail : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
NPA – Lieu : _____	NPA – Lieu : _____
Tél. privé : _____ Tél. prof. : _____	Tél. privé : _____ Tél. prof. : _____
Natел : _____ Relation de famille : _____	Natел : _____ Relation de famille : _____

Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
E-mail : _____	E-mail : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
NPA – Lieu : _____	NPA – Lieu : _____
Tél. privé : _____ Tél. prof. : _____	Tél. privé : _____ Tél. prof. : _____
Natел : _____ Relation de famille : _____	Natел : _____ Relation de famille : _____

Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
E-mail : _____	E-mail : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
NPA – Lieu : _____	NPA – Lieu : _____
Tél. privé : _____ Tél. prof. : _____	Tél. privé : _____ Tél. prof. : _____
Natел : _____ Relation de famille : _____	Natел : _____ Relation de famille : _____

Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
E-mail : _____	E-mail : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
NPA – Lieu : _____	NPA – Lieu : _____
Tél. privé : _____ Tél. prof. : _____	Tél. privé : _____ Tél. prof. : _____
Natел : _____ Relation de famille : _____	Natел : _____ Relation de famille : _____