



# 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  tuteur

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  Studio

## Pressing

L'entretien du linge est assuré par notre établissement au prix de CHF 100.-/mois.

## 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 Reboredo Daniel  Dr Sayag Eric  \_\_\_\_\_  
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*)

## A 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  Budget revenus et formulaire soins longue durée  Procuration  Décision chambre pupillaire

# Parenté

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 : _____ |