



<b>Nom de l'institution :</b>		
Adresse :		NP Localité




<b>Inscription :</b>	<input type="checkbox"/> Séjour à demeure	<input type="checkbox"/> Séjour temporaire
----------------------	---	--

Nom :	Prénom :
Adresse :	NP Domicile :
	Date de naissance :
Origine :	Lieu de naissance :
Etat civil :	Actuellement en séjour à :


Nom d'alliance et prénom du conjoint :	
Filiation du père :	
Filiation de la mère :	
Confession :	No AVS :


Assurance maladie Base (LAMal)	Section :	No assuré :
Complémentaire : Type de couverture :	Section :	No assuré :

Rente AVS :	Rente AI :
Prestations complémentaires	<input type="checkbox"/> PC domicile <input type="checkbox"/> PC home
Recevez-vous une allocation d'impotence :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Autres rentes :


Médecin traitant :		Fax :
Autre médecin :		Fax :
Autre médecin :		Fax :

**Personnes de contact**

Nom prénom :	Lien :
Adresse :	NP domicile :
	Tél. mobile :

Nom prénom :	Lien :
Adresse :	NP domicile :
	Tél. mobile :

**Répondant administratif et financier**     Lien familial     Curateur     Tuteur     Autre

Nom prénom :	
Adresse :	NP domicile :
	Service :

**Nom de l'institution**

Inscriptions faites dans d'autres institutions, par ordre de priorité, selon désir du patient :

Motif de l'entrée en institution :

Informations complémentaires importantes : (Biopsychosociales)

Nom, prénom :

Signature(s)  
du demandeur et/ou de son répondant :  
.....

Lieu et date :.....