

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Date : _____	Collègue qui remplit la fiche : _____
Madame <input type="checkbox"/>	Monsieur <input type="checkbox"/>
Nom : _____	
Prénom : _____	Prénom usuel : _____
Tél. fixe : _____	Tél. mobile : _____
e-mail : _____	
Adresse : _____	No : _____ étage : _____
_____	Code d'entrée : _____
Localité : _____	
Adresse de facturation	<input type="checkbox"/> identique
Facturer à une personne de contact	<input type="checkbox"/> Nom : _____
Date de naissance : _____	État civil : _____
Vit avec (nom et type de relation) : _____	

Ou vit seul-e <input type="checkbox"/>	
Nationalité : _____	
Motif de la demande : _____	Origine de la demande : _____
_____	_____
EMS : _____	SPC : _____
Allocation impotence : _____	Type de curatelle : _____
Cogeria : _____	Cara : _____
Droits à l'image : _____	
Jours de présence : _____	Transport aller <input type="checkbox"/> retour <input type="checkbox"/>

Soins particuliers/Nursing

Surveillance médicamenteuse

Régime alimentaire

Animation

Anamnèse

Service à domicile

Transport

Rôle du proche aidant-e

Antécédents santé

Directives anticipées

Médecin traitant : _____

Nom-Prénom : _____

Tél fixe/mobile : _____

Nom-Prénom : _____

Nom-Prénom : _____

Type de relation : _____

Type de relation : _____

Tél fixe/mobile : _____

Tél fixe/mobile : _____

E-mail : _____

E-mail : _____

Adresse : _____

Adresse : _____