


DEMANDE D'INSCRIPTION



Type de séjour : Placement Convalescence

Nom :	Prénom :
Adresse :	Localité :
	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 :	N° AVS :


Assurance-maladie de base (LAMal) :	Section :	N° d'assuré :
Assurance complémentaire :	Section :	N° d'assuré :

Prestations complémentaires AVS/AI	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Allocation pour impotent	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non


Médecin traitant :		Fax :
Autre médecin :		Fax :

DEMANDE D'INSCRIPTION (suite)


Répondant thérapeutique

Nom :		Prénom :	
Adresse :		Localité :	
		Lien :	
Directives anticipées	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

Répondant administratif et financier

Nom :		Prénom :	
Adresse :		Localité :	
		Lien :	
Type de mandat	<input type="checkbox"/> Procuration	<input type="checkbox"/> Curatelle	

Personne de contact

Nom :		Prénom :	
Adresse :		Localité :	
		Lien :	

Informations complémentaires (facultatif)

Nom, prénom :

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

Lieu et date :

.....