

NOM : PRÉNOM(S) :

AVS : ORIGINE :

DATE de NAISSANCE : ETAT CIVIL :

CONFESSION : TÉLÉPHONE :

DOMICILE :

NOM ET PRÉNOM DU DERNIER CONJOINT :

LIEU DE NAISSANCE :

NOM DE CÉLIBATAIRE : NOM et PRÉNOM DU PÈRE :

NOM et NOM et PRÉNOM de la MÈRE :

Première journée au F.J :

Médecin traitant :

Caisse-maladie :

N° d'assuré :

Commune :

Semi-privé :

Privé :

Merci de bien vouloir joindre une copie du contrat de la caisse maladie ainsi qu'une copie de la carte de caisse maladie.

Répondant financier (si autre personne) :

Nom et prénomTél :

Adresse :

Personne à aviser en cas de grave problème :

Nom et prénomTél :

Adresse :

Personne à aviser en cas de grave problème :

Nom et prénomTél :

Adresse :

Proches : Enfants, conjoint ou autres, merci d'indiquer le lien de parenté

Nom et prénomTél :.....
Adresse :.....

Nom et prénomTél :.....
Adresse :.....

Nom et prénomTél :.....
Adresse :.....

Nom et prénomTél :.....
Adresse :.....

Nom et prénomTél :.....
Adresse :.....

Directives anticipées :

Je souhaite être réanimé/e en cas d'arrêt cardio-circulatoire et/ou respiratoire OUI NON

Soins à domicile :

Êtes-vous au bénéfice des soins à domicile ? OUI NON

Si oui, veuillez remplir le formulaire qui se trouve en annexe.

Décrivez quel est la raison de votre inscription :.....
.....
.....
.....

Nombre de jour souhaité par semaine (de 1 x minimum à 3 x /sem) du lundi au vendredi :

Veuillez svp vous référer au contrat de prestation pour connaître les modalités de la prise en charge.

Lieu et date :.....

Signature de la personne responsable de l'inscription :.....

Annexe : Formulaire d'inscription au foyer de jour – Partie soins à domicile

(À remplir uniquement si l'hôte est bénéficiaire de soins à domicile)

| | |
|-----------|----------|
| Nom : | Prénom : |
| Adresse : | |

Quel(s) jour(s) viennent les soins à domicile ?

| | | | | | |
|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi |
| Matin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Soir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

De quels types de soins bénéficie l'hôte ?

| | | | | |
|-----------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Préparation des médicaments | Aide pour les soins de bases | Douche | Cantines | Préparation des repas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Qui est la personne soignante référente du bénéficiaire de soins ?

Nom : Prénom :