

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 :.....

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"/>				
Soir	<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 :