

# DEMANDE D'ADMISSION AU FOYER DE JOUR

*Demande pour la période du:*

*au:*

*Fréquence/semaine:*

*Documents à joindre à cette demande : - Directives anticipées : Oui Non*

*- Copie de la carte d'assurance : Oui Non*

## DONNEES PERSONNELLES

Nom:

Prénom:

Etat civil:

Date de naissance:

Lieu de naissance:

Confession:

No AVS:

Téléphone:

Adresse:

CP/ Commune du domicile:

Si l'adresse est une institution, papiers déposés à:

## LES PROCHES

Nom, prénom du conjoint(e)/partenaire:

Nom de célibataire:

Si divorcé(e), date:

*Si décédé (e), date:*

*Nom, prénom d'un proche*

*Lien*

*Adresse complète*

*Téléphone*

*Mail*

*Caisse maladie*

*No d'assuré*

*Adresse complète*

*Téléphone*

*Mail*

*Nom prénom du médecin traitant*

*Adresse complète*

*Téléphone*

*Mail*

## REPRESENTATION LEGALE

*Nom, prénom*

*Représentation*

*Adresse complète*

*Téléphone*

*Mail*

*Remarques/raisons de demande*

*Lieu et date:*

*Signature du/de la demandeur/se:*