

Inscription à l'EMS La Lisière

Date d'entrée souhaitée:			
<input type="checkbox"/> Urgent		<input type="checkbox"/> Préventif	
Personalien:			
Nom:		Prénom:	
Adresse:		CP/Lieu:	
Téléphone:		Date naissance:	
Etat civil:		Confession:	
Origine:		Lieu de naissance:	
Langue:		Numéro AVS:	
Remarques:			
Lieu de vie et situation actuelle:			
Soigné(e) actuellement par:			
Médecin traitant:			
Nom:		Téléphone:	
Adresse:		CP/Lieu:	
Remarques:			
Assurances:			
Caisse maladie:		No de police:	
Resp. civil:		No de police:	
Mobilière:		No de police:	
Remarques:			
Famille / Personne de contact / curateur (1):			
Nom:		Prénom:	
Adresse:		CP/Lieu:	
Téléphone:		Mail:	
Relation:	<input type="checkbox"/> fille/fils <input type="checkbox"/> curateur <input type="checkbox"/> payant <input type="checkbox"/> autre:		
Remarques:			

Famille / Personne de contact / curateur (2):			
Nom:		Prénom:	
Adresse:		CP/Lieu:	
Téléphone:		Mail:	
Relation:	<input type="checkbox"/> fille/fils <input type="checkbox"/> curateur <input type="checkbox"/> payant <input type="checkbox"/> autre:		
Remarques:			
Famille / Personne de contact / curateur (3):			
Nom:		Prénom:	
Adresse:		CP/Lieu:	
Téléphone:		Mail:	
Relation:	<input type="checkbox"/> fille/fils <input type="checkbox"/> curateur <input type="checkbox"/> payant <input type="checkbox"/> autre:		
Remarques:			
Famille / Personne de contact / curateur (4):			
Nom:		Prénom:	
Adresse:		CP/Lieu:	
Téléphone:		Mail:	
Relation:	<input type="checkbox"/> fille/fils <input type="checkbox"/> curateur <input type="checkbox"/> payant <input type="checkbox"/> autre:		
Remarques:			
Remarques supplémentaires:			
Date:		Signature:	
Toutes les données sont traitées confidentiellement			