

Fiche d'inscription

Date :

Ce questionnaire sera accompagné de la copie des cartes d'identité, livret de famille, avis d'imposition, attestation de sécurité sociale, carte mutuelle et responsabilité civile.

NOM :	PRENOM :	Date et lieu de naissance :
NOM de jeune fille :		Age :
Adresse :		Tél. :
Couverture sociale		
N° Sécurité Sociale :	ALD oui <input type="checkbox"/>	Invalidité oui <input type="checkbox"/>
Centre :	non <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Complémentaire :		Mesure oui <input type="checkbox"/>
		APA non <input type="checkbox"/>
		GIR <input type="text"/>
Situation familiale :		
<input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> marié(e)	<input type="checkbox"/> veuf(Vve)
		<input type="checkbox"/> divorcé(e)
		<input type="checkbox"/> séparé(e)
Nombre d'enfants :	<input type="text"/>	Professions antérieures :
Gestion :		
Tutelle	Curatelle	Représentant famille
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Famille ou référent		
1- NOM- Prénom	Téléphone	Lien de parenté
Adresse :		
2- NOM- Prénom	Téléphone	Lien de parenté
Adresse :		
D'où vient la personne âgée ?		
<input type="checkbox"/> de son domicile	<input type="checkbox"/> de chez sa famille	<input type="checkbox"/> court séjour hôpital
<input type="checkbox"/> Maison de retraite		<input type="checkbox"/> Moyen séjour hôpital
Motif de l'entrée :		
<input type="checkbox"/> Isolement	<input type="checkbox"/> Rapprochement familial	<input type="checkbox"/> Incapacité à rester au domicile
Consentement de la personne :		
oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	