

Fiche d'inscription

Date :

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

NOM :	PRENOM :	Date et lieu de naissance :	<div style="border: 2px solid black; padding: 20px; font-size: 2em;">photo</div>		
NOM de jeune fille :		Age :			
Adresse :		Tél. :		Médecin traitant :	
Couverture sociale					
N° Sécurité Sociale :	ALD oui <input type="checkbox"/>	Invalidité oui <input type="checkbox"/>		Mesure oui <input type="checkbox"/>	
Centre :	non <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	APA non <input type="checkbox"/>		
Complémentaire :			GIR <input type="checkbox"/>		
Situation familiale :					
célibataire <input type="checkbox"/>	marié(e) <input type="checkbox"/>	veuf(Vve) <input type="checkbox"/>	divorcé(e) <input type="checkbox"/>	séparé(e) <input type="checkbox"/>	
Nombre d'enfants :	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	Adresse Mail :	Lien de parenté		
Adresse :					
2- NOM- Prénom	Téléphone	Adresse Mail :	Lien de parenté		
Adresse :					
D'où vient la personne âgée ?					
de son domicile <input type="checkbox"/>	de chez sa famille <input type="checkbox"/>	court séjour hôpital <input type="checkbox"/>	Moyen séjour hôpital <input type="checkbox"/>		
Maison de retraite <input type="checkbox"/>					
Motif de l'entrée :					
Isolement <input type="checkbox"/>	Rapprochement familial <input type="checkbox"/>	Incapacité à rester au domicile <input type="checkbox"/>			
Consentement de la personne :					
oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>				