

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

NOM du résident : _____

Prénom : _____

NOM de naissance : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

Date et lieu de naissance : _____

Numéro de Sécurité Sociale : _____

CPAM/Ville : _____ MSA

Autre : _____

Nom et n° de Mutuelle : _____

Durant le séjour, cartes vitale et mutuelle sont conservées par le résident
 la résidence

APA : NON OUI GIR : _____

Le résident a-t-il un ou des appareils auditifs OUI NON

Si oui, quel est l'audioprothésiste en charge de l'appareillage : _____

Les factures relatives aux séjours sont à remettre au résident
 à sa famille
 autre _____

PERSONNES A CONTACTER PAR ORDRE DE PRIORITE

NOM Prénom : _____

Adresse : _____

Lien de parenté : _____

Téléphone : _____ adresse mail : _____

NOM Prénom : _____

Adresse : _____

Lien de parenté : _____

Téléphone : _____ adresse mail : _____

NOM Prénom : _____

Adresse : _____

Lien de parenté : _____

Téléphone : _____ adresse mail : _____

CHOIX DES INTERVENANTS

Médecin traitant NOM : Tél. :	Infirmier(e) NOM : Tél. :
Kinésithérapeute NOM : Tél. :	Pharmacie NOM : Tél. :
Ambulances NOM : Tél. :	

choix effectué en toute liberté

Visa :