

# FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

NOM du résident : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

NOM de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_ Caisse d'affiliation : \_\_\_\_\_

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

## PERSONNES A CONTACTER PAR ORDRE DE PRIORITE EN CAS DE BESOIN

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

<b>Médecin traitant</b> NOM : Tél. :	<b>Kinésithérapeute</b> NOM : Tél. :
<b>Infirmier(e)</b> NOM : Tél. :	<b>Pharmacie</b> NOM : Tél. : Mail :
<b>Ambulances</b> NOM : Tél. :	<b>Pédicure</b> NOM : Tél. :
<b>Pompes funèbres</b> NOM : Tél. :	<b>Autre</b>

choix effectué en toute liberté

Visa :