Les Boucholeurs
MAISON DE RETRAITE MÉDICALISÉE

DEMANDE D'INSCRIPTION

(à remplir par l'intéressé(e) ou par sa famille)

Type de chambre : 1 lit 2 lits

Séjour définitif : date d'entrée souhaitée :

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date et lieu de naissance : Nationalité :

Numéro de Sécurité sociale :

Adresse de la caisse d'assurance maladie :

Adresse éventuelle de la caisse complémentaire :

Situation familiale : Célibataire Veuf(ve) Marié(e) Divorcé(e)

Nombre d'enfants :

Ancienne profession :

Ancienne profession du conjoint :

Loisirs actuels : Religion :

Provenance : Domicile Famille Hôpital

Adresse actuelle et téléphone :

Nom des correspondants à joindre en cas d'urgence (par ordre de priorité), adresse, téléphone et lien de parenté :

1)

2)

3)

Nom et adresse du correspondant à qui la facture sera adressée si le résident ne se charge pas du règlement :

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :