



## Demande d'admission

### Données personnelles

Nom :	Prénom :
Rue :	Code postal / Ville :
Date de naissance :	N° AVS :
Nationalité :	Lieu d'origine :
Tél. privé :	Tél. mobile :
E-mail :	

Etat civil :  célibataire  marié(e)  veuf/veuve  divorcé(e)  séparé

### Données du conjoint :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

### Données des enfants :

Nom, Prénom : _____	Date de naissance : _____
Nom, Prénom : _____	Date de naissance : _____
Nom, Prénom : _____	Date de naissance : _____
Nom, Prénom : _____	Date de naissance : _____

### Personne (s) de contact en cas d'urgence :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
N° téléphone : \_\_\_\_\_

### Informations médicales

Caisse maladie :	Modèle d'assurance :
Adresse :	N° d'assuré :
Caisse maladie complémentaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom :
Adresse :	N° d'assuré :

Médecin de famille :	Adresse :
Téléphone :	E-mail :

Autre :	Adresse :
Téléphone :	E-mail :

Pharmacie :	Adresse :
Téléphone :	E-mail :



### Renseignements financiers

Etes-vous actuellement en emploi :  Oui  Non

Coordonnées de l'employeur : \_\_\_\_\_

Etes-vous bénéficiaire :

- d'indemnités d'une caisse maladie ?  Oui  Non
- d'indemnités d'une assurance accident ?  Oui  Non
- d'indemnités de chômage ?  Oui  Non
- d'indemnités AI ?  Oui  Non
- d'une rente AI ?  Oui  Non
- d'une mesure de réinsertion AI ?  Oui  Non

*Entreprise de réinsertion :* \_\_\_\_\_

- d'une rente AVS?  Oui  Non
- autres ?  Oui  Non \_\_\_\_\_

- de l'aide sociale  Oui  Non

### Renseignements complémentaires

Assistant social nommé :  Oui  Non

Curatelle instituée :  Oui  Non

*Si oui, laquelle ?*

- Curatelle d'accompagnement (art. 393cc)
- Curatelle de représentation (art 394cc)
- Curatelle de coopération (art 395 et 396 cc)
- Curatelle de portée générale (art 397cc)

Service, Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Lieu et date :

Signature :