

## DEMANDE D'ADMISSION

Identité			
Nom		Prénom	
Date de naissance		État civil	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e)
Adresse			
N° téléphone(s)		E-mail	
Confession		Directives Anticipées	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Référénts famille/proches à contacter dans l'ordre			
Lien	Nom, prénom	Adresse	Contact
1)			
2)			
3)			

Réfèrent légal			
Êtes-vous au bénéfice d'une curatelle?		<input type="checkbox"/> Oui – merci de compléter ci-après <input type="checkbox"/> Non	
Nom, prénom	Adresse	N° téléphone	E-mail

Réfèrent administratif			
Souhaitez vous que les factures et le courrier administratif soient envoyés à une tierce personne?		<input type="checkbox"/> Oui – merci de compléter ci-après <input type="checkbox"/> Non	
Nom, prénom	Adresse	N° téléphone	E-mail

Renseignements administratifs - Problèmes financiers signalés par la personne <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui			
Assurance maladie		N° assurance	
N° Carte d'assurance (20 chiffres)		N° AVS	
Rente d'impotence	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Prestations complémentaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## DEMANDE D'ADMISSION

Renseignements médicaux			
<b>Médecin traitant</b> (Nom, prénom)		<b>Adresse du médecin</b> Téléphone	
<b>Psychiatre / Psychologue</b>		Nom-prénom :	Tél :
<b>Existe-t-il un autre intervenant pour les soins? (CMS, Infirmière indépendante, physio. ou autre...)</b>		<input type="checkbox"/> Oui – <i>merci de compléter ci-après</i> <input type="checkbox"/> Non	
<b>Qui? (Etablissement ou nom, prénom)</b>		<b>A quelle(s) fin(s) ?</b>	
<b>Adresse</b>		<b>Contact(s)</b>	
<b>Souffrez-vous d'allergies ou d'intolérances?</b>	<input type="checkbox"/> Non	<b>Souffrez-vous d'une maladie chronique (diabète, épilepsie, ...)</b>	<input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Oui – <i>merci de compléter:</i> _____		<input type="checkbox"/> Oui – <i>merci de compléter:</i> _____
<b>Suivez-vous un traitement médicamenteux? (merci de compléter indépendamment s'il y a des prises dans la SSJN ou pas)</b>		<input type="checkbox"/> Oui – <i>merci de compléter ci-après</i> <input type="checkbox"/> Non	
		Insulino dépendant <input type="checkbox"/> Anticoagulants <input type="checkbox"/>	
<b>Nom des médicaments</b>	<b>Dosage</b>	<b>Posologie (mode d'emploi)-Fréquence des prises</b>	

<b>Fréquence d'accueil</b>			
<b>A quelle fréquence souhaiteriez-vous être accueilli(e) au Foyer de Jour?</b>	_____ jour(s) par semaine	<b>Quel(s) est/sont le(s) jour(s) de préférence?</b>	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/> Mercredi <input type="checkbox"/> Indifférent
<b>Je souhaite pouvoir profiter de l'accueil du Foyer de Jour dès le :</b>			

<b>Lieu</b>		<b>Date</b>		<b>Signature</b>	
-------------	--	-------------	--	------------------	--