

DATE : -----

MR-MRS / RS

NOM de la personne :

Monsieur – Madame -----

Adresse : -----

Tél : -----

DATE DE NAISSANCE : -----

CATEGORIE MUTUELLE : Numéro national :

Obligatoire : coller ici une vignette

ENFANTS : OUI – NON

CONJOINT en vie : OUI – NON

DEMANDE faite par :

Nom : -----

Adresse : -----

Tél. : -----

Lien de parenté : -----

E- mail : -----

PATHOLOGIE : mobilité : -----

: désorientation : -----

ENTREE envisagée : 3 à 6 mois/ 6 mois à 1 an/ 1 an et plus

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

VACCIN COVID : OUI/NON

PRISE EN CHARGE KINE : oui/non

Nombre de séances/semaine :

VOS REMARQUES :

---

RESERVE AU SERVICE

CONVENTION Rouvroy : OUI - NON

VISITE de l'institution le -----

Avec : direction – responsable soins- assistante sociale