



FORMULAIRE D'ADMISSION

Données personnelles

Nom :

Prénom :

Rue :

Localité :

Etage :

Tél. :

Date de naissance :

Etat civil :

Numéro AVS :

Curatelle : oui non

Situation à domicile : vit seul(e) autre :

Personne(s) de contact

Coordonnées des/de la personne/s à contacter immédiatement en cas de besoin (la personne n'ouvre pas sa porte, ne répond pas, personne ne vient chercher l'hôte en fin de journée,...)

Nom :

Prénom :

Rue :

Localité :

Tél. privé :

Tél. professionnel :

Lien familial ou autre :

Courriel :

Répondant administratif : oui non

Nom :

Prénom :

Rue :

Localité :

Tél. privé :

Tél. professionnel :

Lien familial ou autre :

Courriel :

Répondant administratif : oui non

Informations utiles

Médecin traitant :

Tél. :

Rue :

Localité :

Assurance maladie :

Traitement médicamenteux journalier : non oui, préciser :

Allergies : non oui, préciser :

Préférences, aversions et habitudes alimentaires :

Régime particulier :

Hobbys :

Informations particulières : (observations utiles à l'accompagnement, habitude de repos,...)

Histoire de vie (origines, vie professionnelle, situation familiale, faits marquants, compétences, etc.) :

Aide à domicile oui non

Institution :

Secteur :

Tél. :

Courriel :

Horaires :

Prestations (toilette, habillage, médicaments, autre) :

Accueil au Centre de jour Part'Âge

Motif(s) de la demande :

Souhais :

Fréquentation : mardi jeudi vendredi

journée demi-journée sans repas demi-journée avec repas

Transport souhaité : oui non

Autre transporteur (coordonnées et numéro de téléphone) :

Lieu et date :

Signatures :

L'hôte

Le représentant légal de l'hôte

Le représentant du centre de jour « Part'Âge »

Ce formulaire est à envoyer à l'adresse suivante :

**Centre de Jour Part'Âge
Rue Fattet 190
2944 Bonfol**