

Pensionnaire

Nom ***		Prénom ***		Nom de jeune fille	
Adresse ***		Localité ***		Téléphone	
Date de naissance ***		Lieu de naissance		Lieu d'origine **	
Confession **		No AVS **		Nom de jeune fille de la conjointe	
Etat-civil ***		<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> séparé/e <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuve/veuf			
Photocopies jointes :		<input type="checkbox"/> livret de famille **		<input type="checkbox"/> acte de naissance	
		<input type="checkbox"/> attestation assurance maladie **		<input type="checkbox"/> certificat médical	
Nom et prénom du médecin traitant		Adresse		Localité	Téléphone
Assurance-maladie ***		Agence/Lieu		No d'assuré/e **	
Lieu de séjour actuel du pensionnaire ***					
<input type="checkbox"/> domicile					
<input type="checkbox"/> hôpital/EMS	Nom de l'institution		Adresse et localité		Téléphone
<input type="checkbox"/> autre lieu	Nom ou institution		Adresse et localité		Téléphone

Répondant (personne/institution à qui seront adressées les factures et la correspondance de Mon Repos)

Nom **		Prénom **		Agit en tant que **	
Adresse **		Localité **		E-mail *	
Téléphone portable **		Téléphone privé **		Téléphone professionnel *	

Proche famille

Nom *		Prénom *		Lien de parenté *	
Adresse *		Localité *		E-mail *	
Téléphone portable *		Téléphone privé *		Téléphone professionnel *	
Nom		Prénom		Lien de parenté	
Adresse		Localité		E-mail	
Téléphone portable		Téléphone privé		Téléphone professionnel	
Nom		Date		Signature	

*** indispensable ** important * souhaité