

## Hôte

Nom	Prénom	Date de naissance
Adresse	Localité	Etat-civil
No AVS	Confession	
Téléphone	E-mail	
Assurance-maladie	Agence/Lieu	No d'assuré/e
Nom et prénom du médecin traitant	Adresse et localité	Téléphone
Service de maintien à domicile	Adresse et localité	Téléphone
Jour(s) désiré(s) Mercredi <input type="radio"/> Samedi <input type="radio"/> Lundi <input type="radio"/> Jeudi <input type="radio"/> Dimanche <input type="radio"/> Mardi <input type="radio"/> Vendredi <input type="radio"/>	Date de début du contrat	Ev. date de fin (min. 4 semaines)

## Répondant (représentant légal ou personne représentant l'hôte)

Nom	Prénom	E-mail
Adresse	Localité	Téléphone

## Autre personne à avertir en cas de problème

Nom	Prénom	Téléphone
Adresse	Localité	Téléphone portable
Lieu	Date	Signature de l'hôte ou de son répondant