**PRE-INSCRIPTION AU FOYER DE JOUR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Date d’entrée souhaitée : |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Nom et prénom** **de l’hôte:** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Etat civil :**  *(célibataire / marié(e)à / veuf ou veuve de / divorcé(e) de / depuis)* |  |  |  |
| **Profession :** |  | **Confession :** |  |
|  |  |  |  |
| **Date de naissance :** |  | **Commune d’origine :** |  |
|  |  |  |  |
| **No AVS et caisse de compensation compétente :** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Adresse de la personne** |  |  |  |
| (noms, adresse, tél.) |  |  |  |
| **Commune de domicile :**  (où sont déposés les papiers officiels, adresse exacte, NPA, tél.) |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Personne référente de l’hôte** |  |  |  |
| (noms, adresse, tél.) |  |  |  |
| **Parents s’occupant spécialement de l’hôte:**  (noms, adresse, tél.) |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Caisse maladie / agence :** |  | **No d’assuré(e) :** |  |
| **Médecin traitant**: |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Les factures du foyer de jour doivent être envoyées à :** |  |  |  |
| (noms, adresses, tél.) |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Remarques :** |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Lieu et date : |  | Signature : |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| **Remarques :** |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***Le (la) sous-signé(e) déclare que ces indications sont conformes à la vérité et aux papiers officiels***.

**En cas d’admission au home, le contenu du document « informations générales » remis avec le présent document fait foi de contrat et sera signé des deux parties. Un certificat médical est à remettre au moment de l’entrée.**

Lieu et date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_