Jour(s) souhaité(s) □ Lundi □ Mardi □ Vendredi

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | : |  |  | **Prénom** | : |  |
| **Né(e) le** | : |  |  | **à** | : |  |
| **Nom/Prénom du père** | : |  |  | **Nom/Prénom de la mère** | : |  |
| **Etat civil** | : |  |  | **Religion** | : |  |
| **Adresse** | : |  |  | **NPA/Domicile** | : |  |
| **Commune d’origine** | : |  |  | **Domicile fiscal** | : |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **REPRÉSENTANT ADMINISTRATIF** | | |  | **Curateur** | : | OUI  NON |
| **Nom/Prénom** | : |  |  | **Degré parenté** | : |  |
| **Adresse** | : |  |  | **NPA/Domicile** | : |  |
| **Tél. privé** | : |  |  | **Tél. portable** | : |  |
| **E-mail** | : |  |  | **Informations par e-mail** | : | OUI  NON |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **REPRÉSENTANT THÉRAPEUTIQUE** | | |  |  |  |  |
| **Nom/Prénom** | : |  |  | **Degré parenté** | : |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **PROCHES** (autres que représentant administratif) | | |  |  |  |  |
| **①** |  |  |  |  |  |  |
| **Nom/prénom** | : |  |  | **Degré de parenté** | : |  |
| **Adresse** | : |  |  | **NPA/Domicile** | : |  |
| **Tél. privé** | : |  |  | **Tél. portable** | : |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **②** | | |  |  |  |  |
| **Nom/prénom** | : |  |  | **Degré de parenté** | : |  |
| **Adresse** | : |  |  | **NPA/Domicile** | : |  |
| **Tél. privé** | : |  |  | **Tél. portable** | : |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Médecin traitant** | : |  | | | | |
| **Caisse-maladie** | : |  |  | **N° d’assuré** | : |  |
| **Caisse AVS** | : |  |  | **N° AVS** | : |  |
| **Etat de santé** | : |  | | | | |
|  |  |  | | | | |
| **Remarque(s)** | : |  | | | | |
|  |  |  | | | | |
|  |  |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date** | : |  |  | **Signature** | : |  |