

DEMANDE DE PRE-INSCRIPTION

EHPAD DE BEHREN-LES-FORBACH

MAISON DE RETRAITE

UNITE ALZHEIMER

NOM _____ **PRENOM** _____
NOM DE JEUNE FILLE _____
DATE ET LIEU DE NAISSANCE _____

SITUATION FAMILIALE

Célibataire

Marié(e) depuis le : _____

Veuf(ve) depuis le : _____

Séparé(e) depuis le : _____

ADRESSE ACTUELLE : _____

NATIONALITE : _____

ETES VOUS SOUS TUTELLE OU CURATELLE? _____
SI OUI PRECISEZ LES COORDONNEES DU TUTEUR _____

PERSONNE A CONTACTER POUR DONNER SUITE A CETTE DEMANDE :

NOM - PRENOM : _____
ADRESSE : _____
CODE POSTAL - VILLE : _____
TELEPHONE : _____
LIEN DE PARENTE : _____

ORIGINE DE LA DEMANDE D'ADMISSION :

La personne elle-même
 Sa famille
 Une tutelle

Un établissement hospitalier
 Le médecin traitant

SITUATION AU MOMENT DE LA DEMANDE :

à domicile
 hospitalisé
 en établissement

Lieu : _____

service : _____