

Données administratives de la personne

Nom: Prénom:

Date de naissance: Etat civil:

Adresse: NP, localité:

Tél. fixe: Tél. mobile:

Domicile fiscal (si différent du domicile):

Originaire de (commune/canton/pays):

Numéro AVS: Médecin traitant:

Ass. maladie: N° d'assuré:

Personne de contact

Nom: Prénom:

Adresse: NP, localité:

Tél. fixe: Tél. mobile:

Adresse de facturation

- Identique aux données administratives
- Adresse différente

Nom: Prénom:

Adresse: NP, localité:

Tél. fixe: Tél. mobile:

Cette adresse est celle de :

- Epoux Epouse Fils Fille Autre:

Accueil

Je souhaite être accueilli-e:

- Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Dès le:

Transport

Par mes propres moyens

Par Transport Handicap

Allocation pour impotent

Une demande a-t-elle été déposée?

Oui

Non

Une allocation a-t-elle été accordée?

Oui

Non

> Si oui, par

AVS

AI

L'allocation accordée est de degré d'impotence

Faible

Moyenne

Grave

Je, soussigné-e, certifie l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus.

Date:

Signature:

Documents à joindre

Copie de la carte d'assuré caisse maladie (recto et verso)

Attestation de domicile

Copie de la décision d'allocation pour impotent (si accordée)

Copie de la décision de l'Autorité de protection – curatelle (si existante)

Copie de la police d'assurance RC – responsabilité civile

Antécédents et traitements actuels (à demander au médecin traitant)