



Foyer la Rose des Vents
Rue Nestlé 5 – 1636 Broc

☎ 026 921 60 00

☎ 026 921 60 19

DEMANDE D'ADMISSION

NOM ET PRÉNOM:

Nom de jeune fille et prénom de la mère:

Nom et prénom du père :

.....

.....

Date de naissance:

Etat civil: depuis le.....

Nationalité:

Commune d'origine:

Religion:

Tél. privé:

Adresse :

.....

Papiers déposés à:

Lieu de naissance:

Domicilié(e) dans le canton depuis (année):

Langues parlées:

No AVS:

Dernière profession:

Nom et prénom du conjoint :

No AVS du conjoint :

ASSURANCE-MALADIE

Assurance-maladie:

Adresse:

No d'assuré:

PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES

Prestations complémentaires à l'AVS (PC) : oui non

Allocation pour impotent: oui non

Si oui, légère moyenne lourde

SITUATION ACTUELLE

Vit à son propre domicile: oui non

Vit seul(e): oui non

Vit avec: (conjoint, enfant, etc.)

Est suivi(e) par un service de soins à domicile: oui non

Médecin traitant:

Lieu de séjour actuel:

RÉPRESENTANT ADMINISTRATIF (si existant)

Nom et prénom:

Adresse:

.....

Le représentant administratif est :

un membre de la famille, lien de parenté :

une connaissance un curateur le mandataire pour cause d'incapacité

Tél. privé: Tél. prof.:

Portable: E-mail:

DIRECTIVES ANTICIPEES ET RÉPRESENTANT THERAPEUTIQUE

(Facultatif) La personne a élaboré des directives anticipées : OUI NON

(Facultatif) Nom et prénom du représentant thérapeutique nommé:

.....

Adresse:

.....

PERSONNE DE CONTACT POUR L'ADMISSION

Personne de contact de l'institution pour les questions relatives aux soins et/ou dans les cas d'urgence :

Nom et prénom:

Adresse:

.....

Tél. privé: Tél. prof.:

Portable: E-mail:

FAMILLE ET OU PROCHES (nom, prénom, adresse, téléphones, lien de parenté)

1.

.....

2.

.....

3.

.....

ADMISSION

Délai d'admission souhaité :

urgent dans les 3 mois au-delà des 3 mois (pré-inscription)

Date:

Signature:

(le requérant ou son représentant
administratif)