

PERSONNES A CONTACTER (par ordre de priorité)

(Le premier nom porté sur la liste ci-dessous, correspondra à la « personne référent » désigné par le résident comme interlocuteur privilégié : un membre de la famille, à défaut un(e) ami(e), le tuteur...)

NOM et Prénom : (Référent)

Lien de parenté :

Adresse :

Ville : Code postal :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Fax : Adresse Mail :

NOM et Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Ville : Code postal :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Fax : Adresse Mail :

NOM et Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Ville : Code postal :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Fax : Adresse Mail :

NOM et Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Ville : Code postal :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Fax : Adresse Mail :

MEDECIN TRAITANT

NOM et Prénom de votre médecin traitant :

Adresse :

.....

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Fax : Adresse Mail :

NOM et Prénom du médecin qui vous suivra dans l'établissement (si différent) :

.....

Adresse :

.....

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Fax : Adresse Mail :

DISPOSITIONS A PRENDRE EN CAS DE NECESSITE (Hospitalisation ou autre...)

.....

.....

.....

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR :

- Photocopie d'une pièce d'identité
- Photocopie du livret de famille
- Photocopie de l'attestation de Sécurité sociale
- Photocopie de l'attestation de Mutuelle
- Photocopie du contrat obsèques s'il y a lieu