



Structure de soins de jour - Saxon

Fleurs de Line Sàrl

D e m a n d e D ' a d m i s s i o n

1. Identité

Nom-prénom	
Adresse	
Domicile	
N° de téléphone / Natel	/
Date de naissance	
Etat civil	Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/>
Origine	

2. Référents familiaux

Lien (fille, frère, ...)	Nom-Prénom-Adresse	Téléphone

3. Référent légal

Avez-vous un mandataire ou représentant légal ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Nom-Prénom		
Adresse		
Domicile		
N° de téléphone / Natel	/	
E-mail	@	



Structure de soins de jour - Saxon

Fleurs de Line Sàrl

Demande D' admission

4. Référent administratif

Les factures et le courrier administratif doivent-ils être envoyés à une tierce personne ?	<input checked="" type="radio"/> Oui	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> Non	<input type="radio"/>
Nom-Prénom				
Adresse				
Domicile				
N° de téléphone / Natel	/			
E-mail	@			

5. Renseignements divers

Médecin-traitant / adresse			
Caisse-maladie	N°		
Caisse de compensation	N° AVS		
Rente d'impotent	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si oui, de Fr.
Prestations complémentaires	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	

6. Fréquence d'accueil

Je souhaite être accueillie au foyer de jour à raison de jours par semaine, soit;					
Jours	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Date de début de prise en charge

Je souhaite être accueillie au foyer de jour dès le ;	
---	--

Date _____ Signature _____

Formulaire à retourner à :

Par courrier: Structure de soins de jour Fleurs de Line Sàrl
Place de Gottfrey7A, CP 86, 1907 Saxon

Par e-mail: fleursdeline@bluewin.ch