

Formulaire d'inscription sur liste d'attente

Date :	
--------	--

Concerne :

Nom :	
Prénom :	
Date de Naissance :	
Adresse de Résidence :	
Etat Civil :	
Langue Parlée :	

- Type d'inscription :** Urgente (*nécessite une place dans les plus brefs délais*)
 Semi Urgente (*nécessite une place dans l'année*)
 Mesure de prévention

Problèmes rencontrés qui justifient la demande d'inscription :

Aide pour l'activité journalière (*ne constitue pas un critère de sélection*)

Besoin d'aide pour se laver	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Besoin d'aide pour s'habiller	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Besoin d'aide pour se déplacer	<input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Tribune <input type="checkbox"/> Chaise Roulante Autre :
Incontinent ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Nuit
Besoin d'aide pour s'alimenter ?	<input type="checkbox"/> Préparation <input type="checkbox"/> Stimulation <input type="checkbox"/> Complète <input type="checkbox"/> Aucune Aide
Confusion / désorientation / trouble de la mémoire ?	<input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> Fréquent <input type="checkbox"/> De temps en temps <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Jamais

Personne de Contact 1 : (Obligatoire)

Nom :	
Prénom :	
Commune de Résidence :	
Lien avec le résident :	
N° Téléphone	
N° Téléphone 2	
E-Mail	

Personne de Contact 2 :

Nom :	
Prénom :	
Commune de Résidence :	
Lien avec le résident :	
N° Téléphone	
N° Téléphone 2	
E-Mail	

Souhaitez-vous réaliser une visite de l'établissement en complément de cette inscription ?

OUI NON

Remarques éventuelles :

--