FICHE INDIVIDUELLE

DATE D'ENTREE : ..... N° DE LA CHAMBRE : .....
NOM : ..... PRENOMS : .....
LIEU DE NAISSANCE : ..... DATE : .....
N° CARTE D'IDENTITE : ..... NATIONALITE : .....
ETAT CIVIL : ..... RELIGION : .....
LANGUE PARLEE : ..... OPINION PHILOSOPHIQUE : .....
PROFESSION : .....

DOMICILE ANTERIEUR	DOMICILE ACTUEL
ADRESSE :	ADRESSE : .....
.....	.....
LOCALITE :	LOCALITE : .....
N° POSTAL :	N°POSTAL : .....

PERSONNE RESPONSABLE DU PLACEMENT :

NOM ET PRENOM : .....
ADRESSE : .....
LOCALITE : ..... N°POSTAL : .....
N° TELEPHONE PORTABLE : ..... EMAIL : .....

MEDECIN TRAITANT :

NOM : .....
ADRESSE : .....
LOCALITE : ..... N°POSTAL : .....
N° TELEPHONE : .....
EN CAS DE NECESSITE, TRANSFERT A L'HOPITAL : .....

MEDECIN DE L'ETABLISSEMENT : OUI - NON

PERSONNE A AVERTIR EN CAS DE NECESSITE :

NOM ET PRENOM : .....
ADRESSE : .....
LOCALITE : ..... N°POSTAL : .....
N° TELEPHONE PRIVE : ..... N° BUREAU : .....

AUTRE PERSONNE A AVERTIR EN CAS DE NECESSITE :

NOM ET PRENOM : .....
ADRESSE : .....
LOCALITE : ..... N°POSTAL : .....
N° TELEPHONE PRIVE : ..... N° BUREAU : .....

PAIEMENT :

RESIDENT : ..... AUTRE PERSONNE : .....
ADRESSE : .....
LOCALITE : ..... N°POSTAL : .....
ORGANISME : .....
ADRESSE : .....
LOCALITE : ..... N°POSTAL : .....