



# Structure de soins de jour - Saxon

*Fleurs de Line* Sàrl

## Demande D' admission

### 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	<b>Lundi</b>	<b>Mardi</b>	<b>Mercredi</b>	<b>Jeudi</b>	<b>Vendredi</b>
	<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@bluwin.ch](mailto:fleursdeline@bluwin.ch)