



## 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	
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		
E-mail		



## Demande D'admission

### 4. Référent administratif

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

### 5. Renseignements divers

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

### 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 :

Foyer de jour *Fleurs de Line Sàrl*  
Place de Gottefrey 7A, CP 86, 1907 Saxon