



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

- Inscription préventive
 Inscription définitive - Degré d'urgence _____ (1 urgent, 2 situation précaire)
 Court séjour du _____ au _____ (maximum 1 mois)

Chambre : Simple Double Les deux
Site : Exclusivement à Montagnier Exclusivement à Orsières

Nom	:	_____	Prénom	:	_____
Né(e) le	:	_____	à	:	_____
Nom/Prénom du père	:	_____	Nom/Prénom du conjoint	:	_____
Nom de jeune fille et prénom de la mère	:	_____			
Etat civil	:	_____	Religion	:	_____
Adresse	:	_____	NPA/Domicile	:	_____
Commune d'origine	:	_____	Domicile fiscal	:	_____

REPRÉSENTANT ADMINISTRATIF		Curateur	:	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Nom/Prénom	:	Degré parenté	:	_____
Adresse	:	NPA/Domicile	:	_____
Tél. privé	:	Tél. portable	:	_____
E-mail	:	Informations par e-mail	:	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

PROCHES (autres que représentant administratif)

①

Nom/prénom	:	Degré de parenté	:	_____
Adresse	:	NPA/Domicile	:	_____
Tél. privé	:	Tél. portable	:	_____

②

Nom/prénom	:	Degré de parenté	:	_____
Adresse	:	NPA/Domicile	:	_____
Tél. privé	:	Tél. portable	:	_____

③

Nom/prénom	:	Degré de parenté	:	_____
Adresse	:	NPA/Domicile	:	_____
Tél. privé	:	Tél. portable	:	_____



REPRÉSENTANT THÉRAPEUTIQUE

Nom/Prénom : Degré parenté :

Médecin traitant	:
Caisse-maladie	: N° d'assuré :
Pharmacie	:
Physiothérapeute	:
Caisse AVS	: N° AVS :
Allocation d'impotence	:	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui <input type="checkbox"/> Impotence faible <input type="checkbox"/> Impotence moyenne <input type="checkbox"/> Impotence grave
Remarque(s)	:

Date : Signature :