

Maison d'Accueil de SOREZE

Nom :

Date de remise du dossier :

DOCUMENTS REMIS

- | | |
|--|--------------------------|
| DOSSIER ADMINISTRATIF | <input type="checkbox"/> |
| DOSSIER MEDICAL CONFIDENTIEL | <input type="checkbox"/> |
| COPIE LIVRET DE FAMILLE (si remariage, copie du Premier livret également) | <input type="checkbox"/> |
| COPIE CARTE IDENTITE RECTO VERSO | <input type="checkbox"/> |
| COPIE DES 2 DERNIERS AVIS D'IMPOSITION | <input type="checkbox"/> |
| COPIE CARTE VITALE | <input type="checkbox"/> |
| COPIE ATTESTATION SECURITE SOCIALE (préciser ALD) | <input type="checkbox"/> |
| COPIE CARTE MUTUELLE | <input type="checkbox"/> |
| FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE COMPLETE | <input type="checkbox"/> |
| VOS HABITUDES DE VIE CHEZ VOUS A REMPLIR | <input type="checkbox"/> |
| PHOTOCOPIES 3 DERNIERS RELEVES BANCAIRES
+ REVENUS FONCIERS+ CONTRAT EPARGNE
ET AUTRES | <input type="checkbox"/> |
| COPIE EXTRAIT DE NAISSANCE | <input type="checkbox"/> |
| SI DOSSIER APA EXISTANT : COPIE | <input type="checkbox"/> |
| RELEVÉ D'IDENTITE BANCAIRE | <input type="checkbox"/> |
| SI DOSSIER A.L EXISTANT : copie notification | <input type="checkbox"/> |

Veuillez nous préciser votre souhait :

CHAMBRE INDIVIDUELLE CHAMBRE DOUBLE

CHAMBRE DOUBLE EN TEMPORAIRE

LIEU D'HOSPITALISATION : _____

