



N. réf : 95/AM/cr

# Demande d'entrée

## Résidence le Chalon

- Résidence-services
- Hébergement résidentiel (MR/MRS)
- Hébergement temporaire (court séjour)

**Votre demande sera prise en considération dès retour de ce questionnaire complété.**

**Date de réception : ..... (réservé à l'administration)**

*RESIDENCE LE CHALON A.I.H.S.H.S.N.*  
A venue du Chalon, 2 -6460 CHIMAY -Tél.: 060/21.43.75 -Fax: 060/21.52.57  
N° Agréation: 73246777210- N° Agrément MR : 056.016.455-  
Dexia : 091-0100672-15/Fortis: 001-1605483-15

**Renseignements Administratifs**

**Date de la demande :** .....

**Date et/ ou période d'entrée souhaitée :** .....

**Nom :** .....

**Nom de jeune fille :** .....

**Prénom :** .....

**Né(e) le :** .....

**à :** .....

**Nationalité :** .....

**Adresse :** .....

**Code postal/ville :** .....

## Situation familiale

marié(e)     veuf(ve)     divorcé(e)     célibataire     séparé(e)

depuis le :

Nombre d'enfants : ..... (garçons : ...../filles : .....)

## Coordonnées des personnes à prévenir (préciser le nom et adresse)

.....

**Tél :** ..... **Parenté :** .....

.....

**Tél :** ..... **Parenté :** .....

.....

**Tél :** ..... **Parenté :** .....

.....

**Tél :** ..... **Parenté :** .....

## Situation administrative

### ■ Mutuelle

**nom et adresse :** .....

**numéro niss :** .....

**■ Décision de justice : Administrateur de bien**

**Nom et coordonnées du représentant légal :** .....

.....

**Tél :** .....

**■ Aide sociale**

**du** ..... **au** .....

**demande d'aide sociale en cours**

**date de la demande :** .....

**lieu :** .....

**Dossier rempli par :**

**la personne elle-même**

**son entourage**

**Nom :** .....

**suivi social :**

**autre :**

.....

**Motivation du choix de notre institution**

.....

.....

.....

# Renseignements Médicaux

## Antécédents

**Médicaux** : .....

.....

**Chirurgicaux** : .....

.....

## Pathologies actuelles

.....

.....

**Nom du médecin traitant** : .....

**En cas d'hospitalisation** : préciser les dates et les coordonnées de l'hôpital ou du service :

.....

.....

## Documents à fournir à l'entrée

■ la carte d'identité

■ des vignettes de mutuelle

■ la carte SIS



