



## **REPONDANT ADMINISTRATIF**

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

O membre de la famille, lien de parenté : .....

O connaissance      O curateur      O mandataire pour cause d'inaptitude

O Congrégation : .....

Tél. privé : ..... Tél. prof. : .....

Portable : ..... E-mail : .....

## **DIRECTIVES ANTICIPEES ET REPRESENTANT THERAPEUTIQUE**

(facultatif) la personne a élaboré des directives anticipées :      O oui      O non

(facultatif) Nom et prénom de représentant thérapeutique nommé :

.....

Adresse : .....

Tél. privé : ..... Tél. prof. : .....

Portable : ..... E-mail : .....

## **FAMILLE ET OU PROCHES** (nom, prénom, adresse, téléphones, lien de parenté)

1. ....

.....

2. ....

.....

3. ....

.....

## **PERSONNE DE CONTACT POUR L'ADMISSION**

.....

Adresse : .....

Tél. privé : ..... Tél. prof. : .....

Portable : ..... E-mail : .....

Délai d'admission souhaité : O urgent      O dans les 3 mois      O au-delà de 3 mois

A quelle date souhaitez-vous entrer : .....

Date : .....

Signature : .....

(le requérant ou son représentant légal)

Annexes :

- Certificat médical
- Copie du permis d'établissement