



Etablissement **Public Médico-Social**

DOSSIER ADMINISTRATIF

CANDIDAT

NOM :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Situation de famille :

Adresse :

Tél. :

FAMILLE

Parents

NOM : _____

Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse : _____

CP et Ville : _____

Tél. : _____



Etablissement **Public Médico-Social**

Autres

NOM : _____

Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse : _____

CP et Ville : _____

Tél. : _____

FRATRIE :

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	ADRESSE

MESURE DE PROTECTION :

TYPE DE MESURE : Tutelle Curatelle

Nom du REPRESENTANT :

Lien de parenté :

Adresse :

Tél.:..... /..... / /..... /

M.D.P.H (ex. COTOREP) :

N° du DOSSIER :

Orientation :

Date de validité : du au



Etablissement **Public Médico-Social**

DEPARTEMENT FINANCEUR :

Conseil Général de : Loire Atlantique Maine et Loire
Ille et Vilaine Autres (précisez) :

SECURITE SOCIALE :

CAISSE :
Numéro de Sécurité Sociale : ... / / / / / /
Exonération du ticket modérateur : OUI ou NON
Date de Fin de validité :

MUTUELLE :

NOM DE LA MUTUELLE:
Numéro d'adhérent :

ETABLISSEMENTS FREQUENTES (dates et adresses) :



Etablissement **Public Médico-Social**

SERVICES DEMANDES A L'E.P.M.S. L'EHRETIA (cochez la case de votre choix)

CHATEAUBRIANT		ST AUBIN DES CHATEAUX		LE GAVRE	
Foyer de Vie	<input type="checkbox"/>	Foyer de Vie	<input type="checkbox"/>	Foyer de Vie	<input type="checkbox"/>
Service d'Accueil de Jour	<input type="checkbox"/>	Accueil Temporaire	<input type="checkbox"/>	Foyer d'Accueil Médicalisé	<input type="checkbox"/>
Service d'Hébergement accompagné	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Accueil Temporaire	<input type="checkbox"/>
Accueil Temporaire	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Nom de la personne :

Date et signature :