Les Monts du Matin
MAISON DE RETRAITE MEDICALISEE

Pic Saint Michel
RESIDENCE SENIORS

□ En EHPAD
□ En Unité Protégée :
□ oui □ non □ à étudier

□ A la Résidence Seniors
(non médicalisée pour GIR5-6)

DOSSIER D'INSCRIPTION pour une entrée souhaitée le ……./……./…….

Nom :…….. Prénoms : ……..….
Nom de jeune fille : ……..
Date de naissance : …..…/……../..…… à ……(Dépt. : …...) Age : ……
Dernier lieu de résidence : Rue : ……..…
Code Postal : …….. Ville : ……..
Si hospitalisation en cours : Lieu : ……...Depuis le : …./…..../…..
□ Célibataire □ Vie maritale □ Marié(e) □ Divorcé(e) □ Veuf(ve) depuis ……/……/……..
Si le conjoint est vivant, réside-t-il à proximité ? □ Non □ Oui, ville :……...
Profession antérieure : ……
Profession antérieure du conjoint : ……..
Majeur protégé : □ Non □ Oui, joindre photocopie notification tribunal : □ sauvegarde □ curatelle □ tutelle

Prénoms et Noms des enfants : ……
(souligner le nom des ..…….…….
enfants habitant …….……...
à proximité) ……
Religion : …….
S'il y a lieu, dispositions prises pour les obsèques : □ Oui (joindre les dispositions) □ Non

Bénéficiez-vous de l'APA ? □ Non □ Oui, de quel département : ……...

Médecin traitant : …….…….. Tél. :……..
Adresse : ……. Code Postal : …….. Ville : ……
Etablissement médical sur lequel vous désirez être dirigé(e) si nécessité d'hospitalisation :……

N° de Sécurité Sociale : ∟ ∟∟ ∟∟ ∟∟ ∟∟∟ ∟∟∟ ∟∟
N° et adresse du centre de sécurité sociale……...
……..…
Attestation établie le ……../……/…….. Droits jusqu'au……../……/….. ; 100 % jusqu'au…..../……/…….

Mutuelle/Caisse Complémentaire **N° : ……**
Nom et adresse de votre mutuelle/caisse complémentaire : ……....
……..…

Quelques événements importants de la vie de la personne accueillie : (Dates des événements)
Mariage : ...…/……/…….. Autre dates importantes : ……/……/……... : ……

Observations particulières (Décès d'un proche…) :

Ces renseignements sont confidentiels. Ils sont exclusivement destinés aux intervenants habituels de l'établissement

Les Monts du Matin, Maison de retraite médicalisée
35 chemin de la Panetière, 26300 Besayes – Tél. : 04-75-05-96-06 – secretariat@lesmontsdumatin.fr –www.lesmontsdumatin.fr

<u>Référent principal</u> : **Ordre de priorité / Personnes à prévenir en cas d'urgence :…….**
Nom et Prénom : ……
Adresse : ……Code Postal : …….. Ville : ……
Tél. : ……..……Email : ……
Lien avec le résident : □ Famille (1) :…….. □ Autre (1) :……..…
(1) Indiquer le lien avec le résidant : familial (enfants, petits-enfants, cousins…) ou autre.

<u>Autres personnes référentes</u> : (s'il y a lieu)

Ordre de priorité / Personnes à prévenir en cas d'urgence :…….
Nom et Prénom : ……
Adresse : ……Code Postal : …….. Ville : ……
Tél. : ……..……Email : ……
Lien avec le résident : □ Famille (1) :…….. □ Autre (1) :……..…

Ordre de priorité / Personnes à prévenir en cas d'urgence :…….
Nom et Prénom : ……
Adresse : ……Code Postal : …….. Ville : ……
Tél. : ……..……Email : ……
Lien avec le résident : □ Famille (1) :…….. □ Autre (1) :……..…

<u>Caisse de Retraite et Pensions :</u>……..…...
Adresse : ……Code postal :……Ville : ……..
Tél. : …… N° d'affiliation : ……...Montant mensuel : ……..

<u>Autre Caisse de Retraite et Pensions :</u>……..……..……...
Adresse : ……..……..……Code postal :……Ville : ……..
Tél. : …… N° d'affiliation : ……...Montant mensuel : ……..

<u>Autre Caisse de Retraite et Pensions :</u>……..……..……...
Adresse : ……..……..……Code postal :……Ville : ……..
Tél. : …… N° d'affiliation : ……...Montant mensuel : ……..

<u>Autre Caisse de Retraite et Pensions :</u>……..……..……...
Adresse : ……..……..……Code postal :……Ville : ……..
Tél. : …… N° d'affiliation : ……...Montant mensuel : ……..

<u>Assurance Responsabilité Civile</u> **N° de contrat :**
Nom et adresse de votre société d'assurance : ……
……..…

Destinaire pour toute correspondance (Accusé réception de dépôt du dossier d'inscription, ...) :
□ Résident □ 1er Référent

Information que vous jugez utile de communiquer pour une meilleure qualité d'accueil du résident :

Ces renseignements sont confidentiels. Ils sont exclusivement destinés aux intervenants habituels de l'établissement