



VILLAGE RETRAITE

Rue de la Taille

36360 Luçay-Le-Mâle

Tél. 02.54.40.43.97

espoir-soleil@orange.fr

www.village-retraite.org

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

N.B.: Toute demande d'admission ne pourra être validée qu'à l'issue du séjour découverte de quelques jours qu'il est demandé aux candidat(e)s d'effectuer au sein de notre établissement

IDENTITE

NOM DE FAMILLE	<input type="text"/>
NOM DE NAISSANCE	<input type="text"/>
PRENOMS	<input type="text"/>
DATE DE NAISSANCE	<input type="text"/>
LIEU DE NAISSANCE	<input type="text"/>
PAYS / DEPARTEMENT	<input type="text"/>
N° SECURITE SOCIALE	<input type="text"/>

ADRESSE

N° / Rue	<input type="text"/>			
Code Postal	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	VILLE	<input type="text"/>	
TELEPHONE FIXE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
PORTABLE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ADRESSE MAIL	<input type="text"/>		@	<input type="text"/>

SITUATION FAMILIALE ET PERSONNELLE

Etat Civil	<input type="text"/>	Nombre d'enfants	<input type="text"/>				
MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE:	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	EN COURS <input type="checkbox"/>				
Tutelle	<input type="checkbox"/>	Curatelle	<input type="checkbox"/>	Sauvegarde de Justice	<input type="checkbox"/>	Mandat Protection Future	<input type="checkbox"/>
MUTUELLE	<input type="text"/>						
N° ADHERENT	<input type="text"/>	MAIL	<input type="text"/>				
NOM + ADRESSE MUTUELLE	<input type="text"/>						

PROFESSION	<input type="text"/>
HOBBIES	<input type="text"/>

PERSONNE QUI INTRODUIT LE DOSSIER

NOM / PRENOM	<input type="text"/>	
ADRESSE	<input type="text"/>	
ADRESSE	<input type="text"/>	
TELEPHONE	<input type="text"/>	MAIL <input type="text"/>
LIEN PARENTE OU QUALITE	<input type="text"/>	

MEDECIN TRAITANT

NOM	<input type="text"/>	
ADRESSE	<input type="text"/>	
ADRESSE	<input type="text"/>	
TELEPHONE	<input type="text"/>	MAIL <input type="text"/>

ATTENTION - DOCUMENT INDISPENSABLE:

Joindre un certificat médical datant de moins d'un mois, attestant que la personne n'est atteinte d'aucune maladie contagieuse et dispose de toutes ses facultés mentales

PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

NOM PRENOM	<input type="text"/>	
LIEN	<input type="text"/>	
ADRESSE	<input type="text"/>	
ADRESSE	<input type="text"/>	
TELEPHONE	<input type="text"/>	MAIL <input type="text"/>

NOM PRENOM	<input type="text"/>	
LIEN	<input type="text"/>	
ADRESSE	<input type="text"/>	
ADRESSE	<input type="text"/>	
TELEPHONE	<input type="text"/>	MAIL <input type="text"/>

NOM PRENOM	<input type="text"/>	
LIEN	<input type="text"/>	
ADRESSE	<input type="text"/>	
ADRESSE	<input type="text"/>	
TELEPHONE	<input type="text"/>	MAIL <input type="text"/>

PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT -suite-

NOM PRENOM			
LIEN			
ADRESSE			
ADRESSE			
TELEPHONE		MAIL	

NOM PRENOM			
LIEN			
ADRESSE			
ADRESSE			
TELEPHONE		MAIL	

NOM PRENOM			
LIEN			
ADRESSE			
ADRESSE			
TELEPHONE		MAIL	

NOM PRENOM			
LIEN			
ADRESSE			
ADRESSE			
TELEPHONE		MAIL	

REMARQUES DIVERSES:			
----------------------------	--	--	--

DOCUMENTS A JOINDRE A LA DEMANDE:

- *Photocopie recto/verso de la carte d'identité
- *Photocopie de la carte Vitale et de la carte de mutuelle
- *Photocopie du dernier avis d'imposition
- *Photocopie intégrale du livret de famille
- *Certificat médical certifiant que la personne n'est atteinte d'aucune maladie contagieuse et dispose de toutes ses facultés mentales