

FICHE D'INSCRIPTION

Veillez remplir ce formulaire de façon dématérialisé

PARTICIPANT

NOM : _____ PRENOM(S) : _____

SEXE : H F

DATE DE NAISSANCE : _____

LIEU de NAISSANCE : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tel : _____ Mail : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

Caisse Affiliation : _____

Coordonnées médecin traitant : _____

Le participant vit t'il en institution ? oui non

Si oui quel type d'établissement :

foyer d'hébergement foyers de vie FAM MAS autres

Contact : NOM du référent : _____

Tel : _____ Mail : _____

N° d'astreinte pour les urgences : _____

TRANSPORT : Le participant souhaite t'il un convoyage ? oui non

PROTECTION JURIDIQUE DU PARTICIPANT

Le participant a-t-il une protection juridique ? oui non

NOM : _____ PRENOM(S) : _____

FONCTION (famille, tuteur, curatelle) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tel : _____ Mail : _____

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCES

NOM : _____ PRENOM(S) : _____

LIEN : _____ Tel : _____

NOM : _____ PRENOM(S) : _____

LIEN : _____ Tel : _____

Pour rappel : En cas d'urgence vous nous autorisez à prendre toute mesure préconisée par un professionnel de santé (traitement, hospitalisation, intervention chirurgicale anesthésie comprise) sans réponse de votre part. (voir détail contrat de séjour signé par le responsable légal)