

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS RELATIVE A UNE DEMANDE D'INSCRIPTION**

**Nom :**

**Prénoms :**

**Nom de jeune fille :**

**Date et lieu de naissance :**

**Situation de famille :**

**Pour les couples, indiquer nom, prénom, date et lieu de naissance du conjoint :**

**Adresse complète :**

**Téléphone :**

**Date d'entrée souhaitée :**

**Type de logement souhaité : CHAMBRE      STUDIO (rayer la mention inutile)**

**Pour quelles raisons souhaitez-vous entrer au Foyer ? :**

**Percevez-vous l'A.P.A. (allocation personnalisée d'autonomie) ? : OUI    NON (rayer la mention inutile)**

**TOURNEZ LA PAGE S.V.P. →**

**CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION : NE PAS REMPLIR**

Visite effectuée par le demandeur le : le :  
le : le :

Visite effectuée par des tiers le : le :

Renseignements pris au téléphone le : le :

Rappels téléphoniques le : le :

Situation financière : Payant entier - complément des enfants - Aide sociale

**NOTES PARTICULIERES :**

**ENFANTS OU AMIS A PREVENIR :**

<b>Nom - Prénom :</b> <b>Adresse :</b> <b>Téléphone :</b>	<b>Lien de parenté :</b>
<b>Nom - Prénom :</b> <b>Adresse :</b> <b>Téléphone :</b>	<b>Lien de parenté :</b>
<b>Nom - Prénom :</b> <b>Adresse :</b> <b>Téléphone :</b>	<b>Lien de parenté :</b>

**RETRAITES DIVERSES ET AUTRES RESSOURCES :**

Veuillez indiquer ci-dessous la nature et le montant de chacune de vos retraites et autres ressources (fournir obligatoirement tous les justificatifs (ou photocopies) : talons de mandats, avis de crédit, etc...)

<b>NATURE DES RESSOURCES :</b>	<b>MONTANT MENSUEL</b>
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
	<b>TOTAL :</b>

Indiquez votre numéro de Sécurité Sociale :  
Caisse d'affiliation S. S. dont vous dépendez :  
Bénéficiez-vous de l'exonération du ticket modérateur (100 %) :

**IMPORTANT**

**Nous vous signalons qu'avant l'entrée au Foyer-Résidence, nous vous demanderons un certificat médical attestant :**  
**\*que votre état de santé vous permet d'entrer au foyer apte à subvenir seul(e) aux actes de vie courante**  
**\*que vous ne souffrez d'aucune maladie contagieuse ou mentale**  
**Par ailleurs, votre médecin traitant devra remplir le questionnaire AGGIR (évaluation de la dépendance) qui vous sera remis avec la présente fiche d'inscription.**

**ATTENTION :**  
*cette demande ne sera prise en compte que si les renseignements et les pièces justificatives demandés sont fournis*

**DATE :**  
**SIGNATURE**